



Helena Isabel      Relatório de Trabalho de Projeto  
Fialho Balona

A importância do Papel do Enfermeiro no Ensino  
ao Cliente Submetido a cirurgia a Catarata em  
Regime de Ambulatório

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, realizado sob a orientação científica de  
Prof.<sup>a</sup> Elsa Monteiro

Dezembro, 2016



## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato, Helena Isabel Fialho Balona

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora, Elsa Monteiro

---

Setúbal, .... de ..... de .....



“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

(Leonardo da Vinci)



## AGRADECIMENTOS

Estando a concluir mais uma etapa de melhoria pessoal e profissional, gostaríamos de agradecer a algumas pessoas pelo apoio sem o qual não teria sido possível a concretização deste percurso académico.

À Sra. Professora Doutora Lurdes Martins, enquanto Coordenadora deste Mestrado, por toda a disponibilidade e compreensão demonstrada.

À Sra. Professora Orientadora Elsa Monteiro, pela imensa disponibilidade de orientação, paciência, motivação e compreensão nos momentos mais difíceis mas que em muito contribuiu para o nosso sucesso.

À Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Hemodiálise pela sua disponibilidade e pela forma como nos acolheu.

À Sra. Enfermeira Especialista Sylvie Teixeira enquanto orientadora do estágio pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e orientação.

Aos meus pais que alteraram as suas rotinas para me ajudar a realizar o meu sonho. Ao meu Pai, a minha maior motivação para conseguir concluir este percurso.

À minha pequena Matilde pelos momentos em que a privei da minha atenção, companhia e pela paciência demonstrada.

À Tânia, Diana, Cristina, Flávio e Sara, companheiros de um percurso só nosso, pela amizade, carinho e apoio em todos os momentos, sem os quais teria sido difícil concluir este curso.

Aos colegas e amigos que, de alguma forma, contribuíram para o meu sucesso.

...A todos, muito obrigada





## RESUMO

O presente relatório representa o trabalho desenvolvido no Projeto de Desenvolvimento que se refere aos Ensinos de Enfermagem para a Alta a Clientes Submetidos a Cirurgia a Catarata em Regime de Ambulatório, sustentados no modelo teórico da Mudança para a Prática Baseada em Evidências de June Larrabee e na Metodologia de Trabalho de Projeto com as etapas de Diagnóstico de Situação, Planeamento, Execução e Avaliação de Resultados, na forma de uma revisão sistemática da literatura e da criação de uma artigo com o título “Papel dos Enfermeiros nos Ensinos Para a Alta a Clientes Submetidos a Cirurgia a Catarata em Regime de Ambulatório”. A metodologia utilizada teve como objetivo principal a Prática Baseada em Evidências e consequentemente a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Primeiramente foi identificado um problema – “Défice de conhecimentos na área dos ensinos ministrados pelos enfermeiros ao cliente submetido a cirurgia a catarata em regime de ambulatório aquando o momento da alta”, em que o objetivo era colmatar este mesmo problema e aumentar o nível de conhecimentos teóricos e práticos. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, sem metanálise, com recurso a vários autores, onde se observou que os ensinos para a alta devem iniciar-se no período pré-operatório, de modo a diminuir a ansiedade do cliente.

De forma a conseguir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa, foi elaborado um Projeto de Aquisição de Competências, onde estão desenvolvidas as atividades para conseguir adquirir as mesmas competências. Este relatório é a síntese da prática e da teoria e permitiu o desenvolvimento e a obtenção das competências específicas e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

**Palavras-chave:** Cirurgia de Ambulatório, Ensinos Pós-Operatórios Enfermagem, Catarata, Metodologia de Trabalho de Projeto, Competências.



## ABSTRACT

This report represents the work developed in the Development Project that refers to the Nursing tuitions given to Clients submitted to Cataract Surgery in Ambulatory Regimen, at the period of discharge, based on the theoretical model of Evidence-Based Practice for Change by June Larrabee and the Work Methodology Project with the stages: Diagnoses of Situation, Planning, Execution and Evaluation of Results, in the form of a systematic review of the literature and the creation of an article entitled "Role of Nurses in Teaching for Discharge to Clients Submitted to Cataract Surgery in Ambulatory Regimen ". The methodology used has as main objective the practice based on evidence and consequently the continuous improvement of nursing care.

First, a problem was identified - "Knowledge deficit in the area of teaching by the nurses to the client who underwent cataract surgery at an outpatient clinic at the time of discharge", in which the objective was to resolve this problem and increase the level of Theoretical and practical knowledge. A systematic review of the literature was carried out, without meta-analysis, using several authors, where it was observed that tuitions for discharge should begin in the preoperative period, in order to reduce the client's anxiety.

In order to achieve the specific skills of the nurse specialist in a critical situation and in a chronic and palliative situation, a Competency Acquisition Project was developed, where activities are developed to achieve the same competencies. This report is the synthesis of practice and theory and allowed the development and achievement of specific skills and a master's degree in medical-surgical nursing.

**Key-words:** Ambulatory Surgery, Post-operative Nursing Tuition, Cataract, Project Work Methodology.



## SIGLAS E ABREVIATURAS

**AESOP** – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

**APCA** – Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

**AV** – Acesso Vascular

**BO** – Bloco Operatório

**CA** – Cirurgia de Ambulatório

**CASP** – Critical Appraisal Skills Programme

**CCI** – Comissão de Controlo de Infeções

**CDE** – Código Deontológico do Enfermeiro

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CNADCA** – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EEMI** – Equipa de Emergência Médica Interna

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**ENF.** – Enfermeiro

**ESS** – Escola Superior de Saúde



**GCL-PPCIPRA** – Grupo Coordenador Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**MMPBE** – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PAC** – Projeto de Aquisição de Competências

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**PDA** – Projeto de Desenvolvimento Académico

**REPE** – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem

**SANE** – Serviço Ambulatório de Nefrologia

**SEM** – Serviço de Especialidades Médicas

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**START** – Simple Triage and Rapid Treatment

**UCA** – Unidades de Cirurgia de Ambulatório





# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	21
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	24
1.1 MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE: MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA .....	24
1.2 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO .....	28
1.2.1 PERÍODO PRÉ OPERATÓRIO .....	34
1.2.2 PERÍODO INTRA OPERATÓRIO .....	37
1.2.3 PERÍODO PÓS OPERATÓRIO .....	38
1.2.4 CIRURGIA DA CATARATA .....	41
1.2.5 ENSINOS AOS CLIENTES/FAMÍLIA SUBMETIDOS A CIRURGIA A CATARATA .....	42
2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO .....	46
2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....	47
2.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	49
2.3 PLANEAMENTO .....	50
2.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO .....	52
2.5 DIVULGAÇÃO DO PROJETO .....	57
3. PROJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	59
3.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	59
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA .....	66
4. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA .....	70
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	70
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	74
4.3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA .....	77
5 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....	80
REFLEXÃO FINAL .....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	89

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS .....	91
APÊNDICES .....	96
APÊNDICE 1 .....	97
PLANEAMENTO DO PROJETO .....	97
APÊNDICE 2 .....	103
APÊNDICE 3 .....	105
APÊNDICE 4 .....	108
ARTIGO CIENTÍFICO.....	108
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....	116
PLANEAMENTO .....	118
EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO .....	118
DIVULGAÇÃO DO PROJETO .....	121
APÊNDICE 5 .....	126
PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO APÓS CIRURGIA NO SANE .....	126



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Descrição dos Critérios PICO para a Formulação da Questão de Investigação	54
--	----

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório insere-se no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal, que será objeto de discussão pública para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem uma natureza profissionalizante visando a formação pós-graduada de enfermeiros na área de especialização em EMC e prevê uma alternância e integração constantes da prática de cada estudante com o desenvolvimento teórico e prático das Unidades Curriculares e respetivos módulos (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, 2014).

Devido a possuímos uma formação pós-graduada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi-nos dada creditação à Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I, pelo decorrente da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, no módulo Estágio III, realizamos um estágio no Serviço Ambulatório de Nefrologia (SANE), em que culminou com a elaboração do presente documento, no qual são abordadas as aprendizagens e os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. O estágio III decorreu entre Setembro de 2015 e Janeiro de 2016 com um total de 16 ECTS.

A realização deste estágio no SANE teve como objetivo principal cruzar as experiências adquiridas em contexto clínico, com os aportes teóricos obtidos nas Unidades Curriculares, visando a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e das competências do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante o nosso estágio estivemos sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica S.T. e da Sra. Professora E. M. da Escola Superior de Saúde e Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a obtenção das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa, no decorrer deste estágio elaborou-se um Projeto de

Desenvolvimento Académico (PDA) e um Projeto de Aquisição de Competências (PAC).

Para a elaboração do PDA foi identificado um problema através do diagnóstico da situação, seguidamente foi efetuado o planeamento das atividades que seriam desenvolvidas para atingir os objetivos propostos e os correspondentes indicadores de avaliação, posteriormente foi desenvolvido, executado e avaliado, de forma a conseguirmos atingir as competências comuns e específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e também as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No decorrer do estágio III e em simultâneo com o PDA, foi desenvolvido um PAC, de acordo com o plano de estudos da ESS. Temos também a referir que tanto o PDA como o PAC, foram elaborados tendo em conta a Metodologia de Trabalho de Projeto, sendo que esta é baseada na identificação de um problema, seguida de implementações de estratégias e intervenções que sejam eficazes para a sua resolução.

O PDA teve como principal problema, o deficit de conhecimentos ministrados pelos enfermeiros ao cliente submetido a cirurgia a catarata em regime de ambulatório. Este projeto surgiu na necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a cirurgia da catarata em regime de ambulatório, visto terem uma curta permanência no hospital. Como profissionais de saúde devemos estar munidos de um conjunto de saberes e bases científicas para que consigamos promover uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Este documento apresenta-se sob a forma de relatório, tal como LARRABEE (2011) refere, um relatório pretende descrever uma pesquisa original, os seus achados e as recomendações para a prática e tem como objetivos descrever o trabalho realizado no decorrer do PDA e PAC bem como fazer uma descrição e análise das competências específicas e de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica adquiridas/desenvolvidas ao longo do 4º Curso de Mestrado. Este relatório encontra-se dividido em 5 capítulos:

1. Apresentamos o enquadramento concetual e teórico que orientou o trabalho;
2. Desenvolvemos o PDA ao longo das várias etapas da metodologia de projeto;

3. Descrevemos o PAC e as atividades inerentes a cada etapa;
4. Analisamos o processo de aquisição de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa;
5. Analisamos o processo de aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No enquadramento concetual, assim como ao longo do trabalho, será abordada a teoria de June Larrabee – o Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidências, de forma a encontrar uma base teórica que fundamenta o PDA e o PAC. No nosso PDA será desenvolvido o prolema por nós detetado e o que foi realizado, no sentido de atingir os objetivos definidos (atividades e estratégias) e a metodologia Cochrane, que é a metodologia utilizada para as revisões sistemáticas da literatura.

Por último, serão descritas as competências atingidas ao longo do estágio III, nomeadamente as competências comuns dos enfermeiros especialistas (competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria continua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais) e as competências específicas do enfermeiro especialista em situação crítica e em situação crónica e paliativa.

Este documento encontra-se redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico Português e referenciado segundo a Norma Portuguesa 405.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual é uma parte fundamental de qualquer processo de investigação e onde se descreve o objeto de estudo do investigador. A necessidade de estudo de qualquer investigador, pode surgir de preocupações pessoais ou através da observação durante a prática diária sobre determinado problema. Para FORTIN (1999, p.39) conceptualizar refere-se a “um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”.

Neste capítulo vamos incidir principalmente sobre as bases teóricas que sustentam este trabalho. Inicialmente começamos por abordar o Modelo Teórico para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, pois consideramos ser este o modelo que melhor se adequaria ao tema escolhido, assim como ao projeto em si. Seguidamente abordaremos a fundamentação conceptual que sustenta a temática do trabalho, nomeadamente sobre o que é a cirurgia de ambulatório (CA) e os cuidados de enfermagem no período pós-operatório durante os ensinos para a alta.

## 1.1 MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE: MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

A teoria relaciona-se com a prática e a investigação, orientando assim a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo determinados fenómenos (GEORGE, 2000). Para FORTIN (1999, p. 15) a teoria é “um conjunto coerente de conceitos, de proposições e de definições, visando descrever, explicar ou prever fenómenos”. O pensamento teórico é constituído por conceitos, que podem ser empíricos quando são observáveis ou abstratos quando não se conseguem observar. WEBSTER (1991) cit in GEORGE et al. (2000, p.11) refere-se a conceito como “algo concebido na mente – um pensamento ou uma



noção. Os conceitos são palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação sobre ela”.

Os Padrões da Qualidade dos Cuidados destacam quatro conceitos principais para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a pessoa; a saúde; o ambiente e os cuidados de enfermagem, enquadrando conceitualmente as metaparadigmas da Enfermagem [ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2001].

Uma teoria de enfermagem contempla contexto, que é o ambiente no qual o ato de enfermagem tem lugar; conteúdo, que se refere ao assunto da teoria e processo que é o método pelo qual o enfermeiro age ao utilizar a teoria (BARNUM, 1994 cit in GEORGE et al., 2000).

Para a prática de enfermagem é fundamental a aplicação de teorias, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos clientes. A Prática Baseada em Evidências tem sido uma teoria cada vez mais defendida, pois conjuga a prática clínica com a melhor evidência clínica que advém da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa decisão (LARRABEE, 2011), esta teoria enquadra-se no modelo de June Larrabee, sendo por isso esta a nossa escolha da teórica a seguir neste trabalho.

Durante o seu percurso profissional, as áreas de interesse de Larrabee são a EMC e a prática baseada em evidência, centrando-se na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados nos clientes que cuidava. Tornou-se então, responsável pela gestão da qualidade em saúde e mais tarde direcionou a sua área de interesse para a satisfação dos clientes, e a relação entre a fadiga dos enfermeiros e a segurança dos clientes.

June Larrabee desenvolveu dois modelos teóricos: o Modelo Teórico da Qualidade e o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência (MMPBE).

O MMPBE foi proposto em 1999 por Larrabee & Rosswun, após várias revisões teóricas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. “ A PBE é uma iniciativa com comprovada eficácia em melhorar a qualidade dos cuidados” (LARRABEE, 2011, p. 14). Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (GEORGE et al., 2013, p. 2) a Qualidade em Saúde “pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível

profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”.

Segundo então o MMPBE proposto por Larrabee, pretende mudar o paradigma da prática tradicional que se baseia na experiência, na opinião e no raciocínio fisiopatológico, para uma Prática Baseada na Evidência (PBE) através do desenvolvimento da investigação e do acesso aos seus resultados, incorporando um pensamento crítico, justificando as nossas ações em pesquisas científicas, na investigação e nos resultados obtidos.

A MMPBE segundo LARRABEE (2011, p.35) é desenvolvida em seis etapas: 1. Avaliar a necessidade de mudança da prática; 2. Localizar as melhores evidências; 3. Fazer uma análise crítica das evidências; 4. Projetar a mudança da prática; 5. Implementar e avaliar a mudança da prática; 6. Integrar e manter a mudança da prática.

Seguidamente descrevemos as seis etapas propostas por Larrabee:

Etapa 1 – Esta etapa consiste por identificar e incluir as partes interessadas nos problemas da prática, colher dados internos sobre a prática corrente, comparar dados externos com dados internos para confirmar a necessidade de mudança, identificar o problema e fazer uma ligação entre o mesmo com as intervenções e os resultados.

Etapa 2 – Esta etapa consiste na identificação de tipos e fontes de evidências, rever os conceitos da pesquisa, planejar a procura e a revisão e realizar a procura. “Inclui-se aqui os instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos, guidelines de prática clínica e revisões sistemáticas. Também estão incluídos quadros de evidência ou matriz para organizar os dados sobre o estudo antes de fazer a síntese” (LARRABEE, 2011, p.35).

Etapa 3 – Esta etapa consiste em fazer uma avaliação crítica das evidências, sintetizar as melhores evidências e avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática.

Etapa 4 – Nesta etapa define-se a mudança proposta, identifica-se quais os recursos necessários e planea-se a avaliação e a implementação das mesmas mudanças. “As estratégias de mudança incluem a utilização de líderes de mudança, líderes de opinião, sessões educativas, sistema de lembretes, auditoria e feedback” (LARRABEE, 2011, p.36).

Etapa 5 – Esta etapa consiste em implementar as mudanças, avaliar processos, resultados e custos e desenvolver conclusões e recomendações.

Etapa 6 – Esta etapa consiste em comunicar a mudança recomendada às partes interessadas, integrar a nova prática, monitorizar periodicamente o processo e os resultados e disseminar os resultados do projeto de mudança.

As etapas descritas por Larrabee não são estritamente lineares, pois sempre que necessário, pode-se retomar a etapas anteriores, “as actividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa” (LARRABEE, 2011, p.37).

O MMPBE foi testado em 1998, através da criação de um programa sistemático de utilização da pesquisa para melhorar a qualidade dos cuidados dos clientes, foram implementados 19 projetos que levaram à mudança e ainda decorrem 8 projetos.

A pesquisa em enfermagem é essencial para a procura da excelência dos cuidados e da qualidade, com os melhores resultados nos clientes. A integração de sistemas de pesquisa permite o desenvolvimento pessoal, profissional e incentiva boas práticas. A pesquisa tem como funções: identificar oportunidades para melhorar a prática utilizando fontes de informação, criar e melhorar os processos de tomada de decisão, conduzir pesquisas clinicamente relevantes, modificar os padrões de cuidados e melhorar a prática (LARRABEE, 2011).

Na perspetiva da enfermagem, o objetivo é que todos os profissionais procurem a evidência e a consigam aplicar na prática diária. A PBE é descrita em como se fazer corretamente, de forma eficaz com os mais elevados padrões (CRAIG, SMITH, 2004). Estes autores (2004, p.14) referem ainda que “precisamos de bases em evidência para saber o que é certo fazer; temos de ter a certeza a quem se aplica realmente a evidência; temos de ter a certeza do estadió da trajetória de saúde ou de doença da pessoa para quem, a intervenção baseada na evidência é indicada (...) a prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas, o que uma prática de enfermagem bem estabelecida, já o faz”.

Os enfermeiros têm como objetivo principal que os clientes recebam os melhores cuidados e por isso devem participar em atividades que conduzam à mudança para a prática baseada em evidências, como participar em formações/cursos, ler artigos científicos, ou seja, adotarmos uma postura de

mudança de práticas, mostrando interesse em evoluir e melhorar a qualidade dos cuidados (LARRABEE, 2011).

Para finalizar este subcapítulo e de acordo com CRAIG, SMITH (2004, p. 336) “a mudança baseada na evidência é uma, imperativa e inevitável política nacional da prática. A cultura baseada na evidência é uma cultura que está totalmente comprometida com decisões equilibradas que dão o peso devido à evidência pela investigação, preferência do doente, recursos disponíveis e perícia clínica”.

Neste sentido como futuros enfermeiros especialistas temos uma responsabilidade acrescida na mudança de práticas, com base científica e suportadas em evidências. Deste modo, surge então o próximo subcapítulo que visa suportar o PDA por nós desenvolvido no próximo capítulo.

## 1.2 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A Cirurgia de Ambulatório pode ser definida como “uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, regional ou local, que embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode e deve ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Outros autores como MANLEY et al., (2003, p.297) adotaram a descrição da Commission on the Provision of Surgical Services 1992 que refere que “um caso de Cirurgia Ambulatória (Day Surgery) é um doente que é admitido no hospital para investigação ou cirurgia, num contexto electivo de não residência hospitalar, mas que requer instalações para recuperação. O procedimento não deve requerer uma noite de internamento no hospital”.

O conceito de CA surgiu no início dos anos 60, nos EUA, onde foi introduzido um princípio que sustem este tipo de cirurgia, que é a segurança. “Quando é realizada uma boa selecção dos doentes pelo Cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo Anestesta, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que

surtem no regime de internamento” [DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS), 2000, p.5].

Segundo LIMA (2006) esta modalidade é considerada um excelente modelo organizativo, permitindo cuidar clientes selecionados de forma segura, eficiente e com qualidade, sem necessidade de os submeter ao processo de internamento hospitalar.

Em Portugal, a prática da cirurgia em regime de ambatório, remonta ao início da década de 90, quando algumas instituições hospitalares procuraram desenvolver programas organizados neste regime cirúrgico. A estas, outras se seguiram, embora o regime de CA não fosse superior a 5,5% no final do século [COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA), 2008].

A 15 de setembro de 1998 foi criada a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambatório (APCA), sem fins lucrativos, com o objetivo de formar, ensinar e divulgar a CA e que veio dar um contributo imprescindível para o desenvolvimento da mesma em Portugal, incentivando o envolvimento dos profissionais de saúde, nesta área.

Em Abril de 2000 a DGS desenvolveu uma publicação onde procurou estabelecer os princípios gerais e as recomendações para o desenvolvimento da CA em Portugal (CNADCA, 2008). Segundo MANLEY et al., (2003) tem-se assistido a sucessivos avanços e recuos na CA, nomeadamente ao nível da quantidade de intervenções realizadas, estando esse fenómeno relacionado com as fragilidades dos sistemas de contração das autoridades de saúde.

Até 2007, os números de atividade da CA ainda eram muito reduzidos quando comparados com outros países, foi então criada a CNADCA, em 19 de Outubro de 2007 (Despacho nº25832/2007) com o objetivo de analisar e apresentar estratégias e ações de forma a impulsionar o crescimento da CA no Sistema Nacional de Saúde. A missão da CNADCA consistia, entre outras medidas (CNADCA, 2008, p.10):

- “Identificação dos constrangimentos, físicos, de recursos humanos e de formação, que condicionariam o crescimento da CA;
- Explicitação dos requisitos que as Unidades de Cirurgia de Ambatório (UCA) deveriam respeitar em termos de

instalações/arquitetura, equipamentos, condições de acesso e de organização clínica e administrativa;

- Propostas de metodologias de formação profissional em CA;
- Propostas de adequação dos sistemas de informação existentes, face às necessidades das UCA;
- Análise dos modelos de financiamento e contratualização para a CA existentes no Sistema Nacional de Saúde (SNS), propondo soluções e medidas de incentivo à CA;
- Seleção de indicadores que permitam a avaliação contínua da qualidade na CA; e o acompanhamento e monitorização de projectos de UCA, avaliando periodicamente a sua eficácia, eficiência e qualidade”.

Apesar das dificuldades já referidas anteriormente inerentes ao desenvolvimento da CA, tem vindo a existir um aumento no número de cirurgias realizadas em regime de ambulatório (CNADCA, 2008). De acordo com CASEIRO et al. (2003) o desenvolvimento explosivo da CA nos últimos anos deveu-se grandemente aos avanços nas diversas especialidades implicadas, nomeadamente na anestesiologia, com os novos fármacos halogenados, analgésicos e relaxantes musculares, assim como com os avanços nos dispositivos de manutenção das vias aéreas e da cirurgia e novas técnicas e materiais. O autor acrescenta ainda que a melhor perceção e colaboração dos clientes no seu processo de tratamento foi determinante para esta evolução.

A CA reúne vantagens clínicas, económicas e sociais permitindo um tratamento cirúrgico personalizado, humanizado, com elevada segurança e qualidade, diminuindo também a incidência de infeção. Sendo um regime com admissão e alta em menos de 24 horas diminui o desconforto e promove uma mais rápida integração social (PINTO et. al., 2005).

A CA apresenta inúmeras vantagens para todas as partes envolvidas, ou seja, o cliente e sua família, a própria instituição e sociedade. A prática de enfermagem perioperatória em contexto de Cirurgia Ambulatória, constitui uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada cliente (...) Na Cirurgia Ambulatória o cliente é um fim em si mesmo. Todos os

cuidados prestados pela equipa multidisciplinar são programados individualmente tendo como actores principais o cliente e sua família (LIMA, 2006 p. 14).

Deste modo, segundo a ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP) (2006) através da CA os benefícios psicológicos, sócio-familiares e económicos são evidentemente superiores à cirurgia convencional. Isto deve-se ao tratamento cirúrgico ser mais rápido, assim como o período pós-operatório mais personalizado, pois as pessoas permanecem pouco tempo institucionalizadas, não se afastando muito da sua rotina diária, sendo o próprio cliente e seus familiares participantes ativos no plano de cuidados. Como o tempo de internamento é menor, a suscetibilidade a infeções pós-operatórias e o trauma do internamento é igualmente inferior.

Torna-se perceptível que o modelo apresenta muitas vantagens tanto para a pessoa como para a instituição hospitalar e sociedade envolvente. Algumas das vantagens são:

- Baixa incidência de complicações;
- Redução das listas de espera, com melhoria do acesso das pessoas à cirurgia;
- Tratamento e recuperação mais rápida;
- Recuperação mais satisfatória e personalizada;
- Rápida integração no quotidiano;
- Forte racionalização da despesa nos hospitais;
- Aumento de vagas disponíveis para outras pessoas com situações mais graves;
- Entre outras.

(LEMOS et al., 2006; CNADCA, 2008)

A grande maioria das especialidades cirúrgicas pode ser realizada em regime ambulatorio. Como exemplo: Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Cirurgia Oral, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Hematologia e Cirurgia Vascular (AESOP, 2006).

A cirurgia ambulatória, tem como objetivo a maior satisfação dos clientes e a melhor resposta em termos de saúde comunitária. Isto é conseguido,

diminuindo o tempo de internamento e o risco de infeções adquiridas em cuidados de saúde, reduzindo as listas de espera e as despesas hospitalares, contribuindo para o aumento da disponibilização de camas para clientes com patologias que exigem o seu internamento (CNADCA, 2008).

A seleção de clientes cirúrgicos para CA vai depender de um conjunto de critérios de admissão. Tal como a AESOP (2006) refere essa seleção deve ser feita em relação aos clientes e patologias/procedimentos, adaptando-se às características de cada instituição hospitalar e população. Deste modo, o cirurgião avalia os problemas subjacentes que podem conduzir a complicações inesperadas durante a intervenção cirúrgica, o anestesiológista avalia qualquer problema relacionado com a técnica anestésica e agentes anestésicos selecionados e o enfermeiro avalia o cliente relativamente a fatores que podem conduzir a complicações potenciais no período perioperatório (ROTHROCK, SMITH, 1997). Para ROLA et al. (2000), os critérios dos clientes cuidados em regime de Cirurgia Ambulatória são diferentes dos cuidados em regime de internamento. No entanto, os riscos cirúrgicos e anestésicos devem ser tomados em consideração e com os mesmos cuidados que se adotam numa pessoa submetido a cirurgia em regime de internamento pois, para além dos riscos perioperatórios, têm ainda o condicionalismo da alta para o domicílio, o afastamento dos cuidados hospitalares e de todo o apoio que estes traduzem. MEECKER, ROTHROCK (2007, p. 1064) consideram que “a responsabilidade pela maioria dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios é assumida pelo paciente e seus familiares ou pessoas mais próximas”.

A AESOP (2006, p. 345) apresenta ainda os critérios mínimos recomendados pela D.G.S.:

“Critérios Sociais:

- Aceitação de ser operado nas condições oferecidas;
- Transporte assegurado em veículo automóvel;
- Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância do hospital;
- Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;
- Acesso a comunicações (telefone);



- Assegurada a companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas.

#### Critérios Clínicos:

- Idealmente doentes ASA I ou ASA II (American Society of Anesthesiologists); [Conforme ROTHROCK, SMITH (1997, p. 1062) indica “os pacientes classificados como condição 1 e 2 são os candidatos perfeitos para a cirurgia ambulatorial. Estes pacientes, em geral, não levam riscos grandes aos procedimentos feitos com anestesia geral ou local ou sedação consciente IV”. MANICA (1994) refere no entanto, que clientes com ASA III e IV podem também ser candidatos, devendo o profissional ter conhecimento da doença intercorrente: o tipo de patologia, grau de acometimento e nível de controlo do quadro clínico.]
  - Estabilidade clínica e psíquica;
  - Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos);
  - Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

Na generalidade, na selecção dos doentes há que ter em conta o estado geral de saúde (físico e emocional), os resultados de meios auxiliares de diagnóstico requeridos anteriormente, a capacidade e disposição para realizar a recuperação em casa”.

Existem outros autores como MANLEY, BELLMAN (2003) que apresentam outros critérios de selecção das pessoas para CA, contudo estes critérios vão de encontro aos critérios gerais apresentados anteriormente. Na CA deve-se observar caso a caso, havendo uma personalização da situação clínica, procurando sempre propor o melhor tratamento e procurando a excelência na segurança do cliente.

CASEIRO et al., (2013) referem ainda como critérios de selecção para a CA fatores cirúrgicos como uma intervenção cirúrgica com perdas sanguíneas mínimas e sem necessidade de cuidados pós-operatórios especializados e o

consentimento de anestesiologia. Estes critérios estão em consonância com os critérios de exclusão de MANICA (1994). Segundo estes devem ser evitados para CA procedimentos cirúrgicos com elevado índice de complicações cirúrgicas pós-operatórias, cirurgias com perdas sanguíneas consideráveis ou em que as reposições sanguíneas autólogas sejam frequentes, cirurgias que requerem uma analgesia pós-operatória potente ou em que seja necessária uma imobilização prolongada, assim como pessoas que residam longe do hospital ou que não tenham acompanhante, conforme refere a AESOP (2006).

Segundo a DGS citado no livro da AESOP (2006, p.345) quando é realizada uma boa seleção dos clientes pelo cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento.

### 1.2.1 PERÍODO PRÉ OPERATÓRIO

Segundo a AESOP (2006, p.346) os cuidados de enfermagem em CA regem-se pelos mesmos princípios da cirurgia convencional, baseando-se no conceito de Enfermagem Perioperatória: “Conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual o Enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”.

Com base no conceito de Enfermagem Perioperatória, o papel do enfermeiro vai desenvolver-se ao longo de três fases operatórias (AESOP, 2006):

- Período Pré-Operatório: Consulta de Enfermagem e Acolhimento;
- Período Intra-Operatório: Sala de Operações;
- Período Pós-Operatório: Recobro e Domicílio.

“A comunicação pré-operatória com o paciente inclui a educação do paciente e a ajuda na determinação do plano individual de cuidados que antecede a alta” (ROTHROCK, SMITH, 1997, p.1065).

No período pré-operatório é realizada uma consulta de enfermagem no sentido de ajudar o cliente a preparar-se para a experiência cirúrgica, estabelecendo uma relação de empatia e de ajuda com o cliente e/ou família. Também aqui se efetuam ensinamentos. É através destes e do esclarecimento de dúvidas, que o enfermeiro contribui para a diminuição do nível de ansiedade e medo do cliente e sua família. Deste modo, o cliente e sua família sentem-se à vontade para colocar todo o tipo de questões, contribuindo para um período perioperatório mais tranquilo e favorável à recuperação. É importante fornecer ao cliente toda a informação necessária ao auto-cuidado nas fases pré e pós-operatórias, validando sempre a apreensão da informação transmitida.

Segundo a AESOP (2006) refere a consulta de enfermagem tem como objetivos:

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do cliente.
- Descrever procedimentos anestésico-cirúrgicos.
- Envolver a família ou pessoa significativa no plano de assistência.
- Fornecer documentação importante para orientação do cliente.
- Realizar ensinamentos: período pós-operatório, alta hospitalar.

Todos estes aspetos vão a encontro do argumentado por MANICA (1994) que defende que a preparação pré-operatória oferece uma tripla vantagem, pois proporciona tempo ao cliente e sua família para discutirem o assunto, familiarizando-se com o ambiente e este não ser totalmente estranho no dia da cirurgia, diminuindo também a incidência de cancelamento de cirurgias por má preparação ou má avaliação.

De acordo com ROTHROCK, SMITH (1997) esta educação efetuada ao cliente e seus familiares é fundamental na CA. Isto porque a responsabilidade da maioria dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios pertence ao cliente e sua

família, pelo que toda a informação fornecida a estes deve ser bem compreendida por todos.

O momento do acolhimento corresponde a um momento de grande stresse e ansiedade para o cliente e sua família, pelo que é importante que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda e de empatia com aquelas pessoas. Tal como MANLEY & BELLMAN (2003, p. 309) referem “esta pode ser uma ocasião de muita tensão para os doentes: estão ansiosos com a cirurgia iminente e com as eventuais sequelas; tentam adaptar-se a um ambiente que não lhes é familiar; e continuam a pensar a que horas é que irão para a sala de operações. Já se demonstrou, que este tempo de espera é uma das maiores fontes de preocupação para os doentes (Cripps & Bevan 1996, Malster et al 1998), e é importante que os profissionais da equipa reconheçam isto e tentem minimizar a ansiedade dos doentes, mantendo-os informados de quaisquer progressos ou atrasos na lista de operações”.

Durante o acolhimento, o enfermeiro deve validar o ensino efetuado na consulta de enfermagem, assim como o consentimento relativo aos procedimentos que vão ser efetuados, identificando novas necessidades que não foram detetadas no momento da consulta (AESOP, 2006).

Durante este período é realizada uma avaliação de enfermagem perioperatória que inclui os seguintes aspetos segundo ROTHROCK, SMITH (1997, p.1065):

- “Observação e avaliação do comportamento físico e psicossocial geral, alterações da percepção sensorial, condição emocional, interação com a família e cooperação com as instruções pré-operatórias.
- Sinais vitais básicos.
- Verificação de valores laboratoriais necessários, raios x, história e exame físico.
- Administração de medicações pré-operatórias do modo prescrito.
- Avaliação da ansiedade e apreensão relativa ao procedimento cirúrgico iminente.
- Avaliação do conhecimento do paciente quanto ao procedimento cirúrgico iminente, recuperação e cuidados pós-operatórios.

- Avaliação das expectativas do paciente quanto ao controle da dor e conduta pós-operatória.
- Desenvolvimento de um plano de cuidados apropriado”.

### 1.2.2 PERÍODO INTRA OPERATÓRIO

Os cuidados de enfermagem neste período são idênticos aos cuidados prestados na cirurgia convencional na sala de operações, embora o tempo de internamento seja relativamente curto. Segundo a AESOP (2006) a prestação de cuidados de enfermagem deve ter em consideração os seguintes aspetos: identificação completa do cliente, comunicação verbal e não verbal da pessoa, conforto e bem-estar, monitorização os sinais vitais, posicionamento, administração de terapêutica, vigilância de alteração do estado de consciência e hemodinâmico, perceção da dor, manutenção da segurança e prevenção da infeção.

MANICA (1994) refere que o método ideal em relação à anestesia deve apresentar um início rápido e suave, boa analgesia e amnésia intra-operatória, ótimas condições cirúrgicas e recuperação rápida, agradável e isenta de efeitos secundários indesejados.

Durante a anestesia, o enfermeiro é responsável pela monitorização do cliente relativamente à presença de efeitos secundários, como alterações no sistema nervoso central, no sistema cardiovascular, hipersensibilidade aos fármacos e reação tóxica por elevada dose do agente anestésico.

Relativamente ao posicionamento cirúrgico, também aqui se deve providenciar um posicionamento correto e seguro, sem risco de lesões. Mais uma vez se salienta a importância da avaliação pré-operatória na identificação de riscos potenciais para o cliente, nomeadamente patologias pré-existentes que podem dificultar ou mesmo impedir o posicionamento ideal, aumentando o risco de morbilidade (MANLEY, BELLMAN, 2003).

### 1.2.3 PERÍODO PÓS OPERATÓRIO

Durante o recobro o período pós-operatório pode ser dividido em duas fases, conforme ROTHROCK (2008) refere, a primeira fase é a recuperação da anestesia e a segunda fase é a etapa de readaptação ao ambiente onde a pessoa é encorajada a sentar, andar de pé, urinar e deambular.

De acordo com CASEIRO et al., (2013) a recuperação dos clientes de CA é realizada num recobro pós-cirúrgico específico para o tipo de programa cirúrgico em causa, tendo posteriormente alta para o domicílio respeitando um conjunto de critérios clínicos rigorosos e bem definidos, visto a pessoa deixar de estar sob vigilância médica direta.

O tempo de internamento no recobro vai então, variar consoante o tipo de cirurgia e anestesia a que a pessoa foi submetida, até ao momento em que o cliente apresente restabelecimento das funções vitais: estabilidade hemodinâmica, ausência de depressão respiratória, orientação espaço-temporal, tolerância à ingestão de líquidos, ausência de náuseas ou vômitos, hemorragia e dor e ser capaz de urinar, de deambular e vestir-se (AESOP, 2006).

O controlo da dor no período pós-operatório é um dos aspetos mais importantes na satisfação e na qualidade inerentes ao recobro, sendo este um sintoma pós-operatório muitas vezes referido. O controlo da dor é um dever dos profissionais e um direito dos clientes. O êxito do controlo da dor deve-se a uma ação organizada, com medidas protocoladas e programas de ação multidisciplinar (APCA, 2013).

Outra preocupação na Cirurgia Ambulatória corresponde à prevenção e tratamento de náuseas e vômitos, pois para além deste tipo de episódios provocar desconforto no cliente, também atrasa a sua alta. Segundo MANLEY, BELLMAN, (2003) este risco encontra-se aumentado nos clientes do sexo feminino, obesos, ansiosos, com predisposição para náuseas e vômitos e de acordo com o tipo de cirurgia e terapêutica opiácea administrada para analgesia. Em relação ao tipo de cirurgia as mais propensas a este tipo de complicação são as cirurgias de laparoscopia, correção de estrabismo, orquidopexia e interrupção voluntária da gravidez, designada por aborto terapêutico.

A mobilização precoce é outro aspeto importante para a alta do cliente. Esta deve ser iniciada assim que a pessoa se sinta capaz de levantar e tolerar o levante, sendo tal efetuado sob supervisão para o caso de se verificar uma resposta vasovagal (MANLEY, BELLMAN, 2003).

Resumindo, os cuidados de enfermagem pós-operatórios, aplicáveis a ambas as fases durante o recobro, segundo ROTHROCK, SMITH (1997, p. 1074) são:

- “Avaliar a ventilação inadequada relacionada com a anestesia ou obstrução de vias aéreas.
- Monitorizar o potencial de deficit de volume de líquido relativo a anestesia ou hipovolemia.
- Monitorizar os danos relacionados com delírios de saída da anestesia.
- Monitorizar a alteração do conforto relacionado com a dor.
- Monitorizar as náuseas e vômitos relacionados com a anestesia e/ou procedimento cirúrgico.
- Proteger áreas sensibilizadas pela administração de agente anestésico local.
- Monitorizar a alteração na circulação relacionada com o procedimento cirúrgico e/ou bandagem/engessamento.
- Encorajar a imediata deambulação e progressiva ingestão de líquidos.
- Registrar no plano de cuidados, de acordo com a política e o procedimento da instituição.
- Fornecer instruções escritas pertinentes na alta.
- A enfermeira perioperatória regista os cuidados fornecidos e a evolução do paciente durante a fase pós-operatória. O paciente e seus familiares, ou pessoas próximas, revisam as instruções de alta”.

Quando o cliente é transferido para o recobro tardio, o familiar que está a acompanhá-lo é chamado para junto dele, permanecendo o restante período de internamento consigo. Deste modo, os familiares ficam menos ansiosos com a espera e o cliente percebe que se está a aproximar o momento da alta. O ensino

é então efetuado a ambas as pessoas, visto o cliente ficar sob a responsabilidade do familiar. O enfermeiro deve ter o cuidado de adaptar a linguagem ao nível sócio-cultural do cliente e família, no sentido destes compreenderem a informação que lhe é transmitida, não surgindo dúvidas sobre os cuidados a ter no domicílio, nomeadamente no caso de surgirem complicações.

Para MANLEY, BELLMAN, (2003, p. 313) “a presença do prestador de cuidados que vai acompanhar o doente em casa é preciosa nesta fase, para reforçar a informação relativa ao pós-operatório. Esta é também a oportunidade do prestador de cuidados obter mais informação sobre a prestação de cuidados domiciliários ao doente, e de ficar com os contactos telefónicos da Unidade para qualquer dúvida ou emergência que possam surgir”.

Após as 24 horas da intervenção cirúrgica, o cliente é contactado telefonicamente para avaliação do período pós-operatório. Através deste telefonema, o enfermeiro avalia a situação de saúde do cliente proporcionando assim a continuidade dos cuidados, averiguando possíveis complicações, registando essa informação no processo do cliente; assim como reforça ensinamentos e esclarece dúvidas, para além de avaliar a eficácia dos protocolos de analgesia pós-operatória e o grau de satisfação do cliente – indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006).

Segundo LIMA (2006) as primeiras 48 horas são as que exigem maior vigilância, dado ser neste espaço de tempo que aparecem a maioria das complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico. O contacto telefónico torna-se assim um instrumento importante de controlo e despiste de complicações, assim como de avaliação da eficácia e da qualidade dos cuidados.

Em algumas instituições hospitalares, um mês após a intervenção cirúrgica é realizado um questionário de satisfação ao cliente, para avaliação da sua opinião e nível de satisfação relativamente ao seu percurso na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Conclui-se assim que o objectivo da Enfermagem Perioperatória continua a ser a prestação de melhores cuidados de enfermagem aos clientes, não só nos procedimentos inerentes ao ato operatório mas também, na promoção de cuidados de saúde que visem o auto-cuidado e a sua reintegração na vida ativa o mais precocemente possível.



“A Cirurgia ambulatória é uma modalidade assistencial que procura prestar cuidados cirúrgicos com qualidade, e onde a preocupação dominante se prende com o cliente. Constitui um desafio aliciante, onde a enfermagem perioperatória ganha um novo sentido, na medida em que tudo é programado conjuntamente com o cliente e tudo se desenrola no sentido do auto cuidado (LIMA, 2006, p.20).

#### 1.2.4 CIRURGIA DA CATARATA

A Cirurgia da Catarata é aquela que ocupa um lugar primordial na resolução dos problemas ligados aos distúrbios oculares e é a cirurgia de eleição para a integração num programa de cirurgia ambulatória.

A catarata consiste na opacificação da lente natural do olho, denominada cristalino, que normalmente é incolor e transparente. O cristalino tem como função contribuir para a focagem das imagens na retina onde através do nervo óptico é levada a informação ao cérebro e executada a sua leitura (PHIPPS et al., 1995).

A causa mais comum do aparecimento da catarata é a **senilidade**, ocorrendo geralmente após os 60 anos. Porém, podem estar associadas outras causas, como por exemplo as **congénitas**, em que a criança nasce já com a catarata podendo ser decorrente de infeções intra-uterinas ou má formação do globo ocular. As **traumáticas**, que ocorrem após acidentes e que geralmente são unilaterais (PHIPPS et al., 1995).

As cataratas podem aparecer em pessoas com defeitos metabólicos, provocados pela diabetes, que tem um início mais precoce e uma perda de visão mais rápida que a senil. Existem também cataratas secundárias, que habitualmente tem origem medicamentosa, estando associadas ao uso de corticoides em períodos prolongados de tempo (PHIPPS et al., 1995).

Os primeiros sintomas são flutuações da visão, em que os objetos podem aparecer amarelados, baixos ou distorcidos. Também é comum necessitarem de melhor iluminação para poderem ver com maior nitidez. A pessoa começa a perceber que mesmo usando óculos as lentes estão permanentemente sujas. Outros sintomas referidos são os halos noturnos em volta das luzes, aumento da

miopia, visão dupla unilateral ou sombras no campo visual e em casos avançados pode ser observada no centro da pupila uma mancha branca ou amarelada (leucócoria). O único tratamento eficaz para a catarata é a cirurgia, a qual é mais frequente entre pessoas com idade superior a 65 anos (BRUNNER et al., 1994). A cirurgia por Facoemulsificação consiste na técnica mais atual que existe, a qual permite uma maior e mais rápida recuperação visual, trazendo assim um maior número de benefícios para o cliente no mais curto prazo. Esta técnica baseia-se no princípio de ultra-sons, em que a agulha da ponta de faco através de vibrações desfaz a catarata e aspira ao mesmo tempo. A incisão no olho para a entrada dos instrumentos cirúrgicos é apenas de três milímetros, no máximo, podendo ser realizada uma cirurgia “selada”, ou seja sem haver mudanças bruscas da pressão intra-ocular. Após a remoção do cristalino é colocada uma lente intra-ocular dobrável, procedimento que é efetuado através desta micro-incisão. Para esta técnica cirúrgica, pode recorrer-se, à técnica anestésica denominada de anestesia tópica, que consiste apenas na administração tópica de colírios anestésicos. A cirurgia de Facoemulsificação, em comparação com outras técnicas anteriores permite uma recuperação visual mais precoce, ausência de suturas e na maior parte dos casos, é efetuada apenas com anestesia tópica (PHIPPS et al., 1995).

Após um breve período de recuperação o cliente tem alta para o domicílio. Uma das vantagens da utilização da técnica de Facoemulsificação é não haver necessidade de se fazer o encerramento da ferida operatória com sutura, pois a incisão é auto selante, proporcionando assim uma recuperação visual muito mais rápida, com um pós-operatório que é indolor (BRUNNER et al., 1994).

### 1.2.5 ENSINOS AOS CLIENTES/FAMÍLIA SUBMETIDOS A CIRURGIA A CATARATA

As informações fornecidas pelos enfermeiros aos clientes/famílias submetidos a CA, são as que mais preocupações levantam pois dispõem de um tempo limitado para o fornecimento de informações. Devido a este fato e de

acordo com MANLEY, BELLMAN (2003), é necessário perceber os fatores que afetam a informação:

- Quantidade de informação;
- Oportunidade de fornecer informação;
- Relevância da informação;
- Método de comunicação;
- Barreiras à comunicação como ansiedade, stress, acuidade auditiva, ...;
- Idioma.

Segundo MARTIN et al. (2010) os profissionais de saúde devem utilizar intervenções que possam ajudar os clientes/família a recordarem-se das informações prestadas, tais como:

- Falar pausadamente e não fornecer demasiada informação;
- Não utilizar linguagem técnica, que o cliente/família não perceba;
- Deve certificar-se que o estão a compreender;
- Conhecer o nível de conhecimentos em saúde do cliente e transmitir informações de forma adequada;
- Proporcionar conforto e segurança aos clientes de forma a aliviar a ansiedade e assim aumentar a capacidade de compreender e recordar as informações fornecidas;
- Fornecer informações que sejam significativas, para que haja uma mudança nos comportamentos de saúde;
- Fazer com que o cliente/família compreendam os riscos e os benefícios da adesão aos cuidados;
- Adaptar e personalizar a informação que é dada aos clientes.

A AESOP (2006) destaca como ensinamentos necessários de reforçar no momento da alta a importância do repouso, da alimentação, cuidados especiais, exercícios que pode e deve fazer, limitações impostas pela cirurgia e anestesia e o retorno às atividades do quotidiano.

ROTHROCK, SMITH (1997) refere que no momento da alta são revistas as instruções relativas às possíveis complicações, às restrições de atividade, à alimentação, à toma dos medicamentos, ao controlo da dor, ao cuidado ao penso, entregando informações escritas sobre estes mesmos cuidados. Neste momento deve-se reforçar a exposição de dúvidas e entregar um contacto telefónico para qualquer complicação ou dúvida que surge em casa. Nesta fase é imprescindível a presença do cuidador informal que vai acompanhar o cliente em casa, reforçando a informação sobre a prestação de cuidados ao mesmo, ficando igualmente com os contactos telefónicos do serviço para qualquer dúvida ou emergência (MANLEY, BELLMAN, 2003).

A informação eficaz melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia. Esta informação deve ser fornecida de forma clara e organizada, procurando sempre a personalização da mesma (LEMOS et al. 2006).

No caso específico dos clientes submetidos a catarata em regime de ambulatório, os ensinamentos passam por:

#### No período pré-operatório:

- Certificar se as lentes de contacto foram retiradas em clientes que as usem, pois as lentes alteram a curvatura do olho e podem comprometer o resultado final da cirurgia;
- Se o cliente administrou algum vasodilatador;
- Se está em jejum com um período mínimo de 4 horas (CUNHA et al., 2014).

#### No período pós-operatório:

- Numa fase inicial objetos e cores podem estar distorcidos, assim como ter visão dupla;
- Vai haver uma melhoria gradual da visão nas próximas semanas à cirurgia;
- Não pode “coçar” o olho ou trabalhar em locais com muito pó pelo menos 1 semana após a cirurgia;

- Pode iniciar a sua dieta normal assim como os medicamentos do domicílio;
- Não pode conduzir nem beber álcool nas primeiras 24h;
- Pode lavar a área circundante ao olho, pálpebras e pestanas, mas não pode deitar a água para dentro do olho operado (ORTOLEVA, 2010);
- Só poderá baixar a cabeça após autorização médica;
- A leitura só é recomendada 5 dias após a cirurgia;
- Evitar atividades que exijam esforços físicos;
- Não é recomendada ir à praia ou piscina para evitar traumas, além de que estes ambientes podem ser fontes de infeções;
- Deve-se usar óculos escuros durante o dia, já que o olho encontra-se sensível à luz (CUNHA et al., 2014);
- Sempre que for limpar o olho ou aplicar colírios, deverá sempre higienizar as mãos de modo a prevenir infeções.

(RAPOSO, 2008)

Após a explicitação da teórica de enfermagem que suporta a realização de uma revisão sistemática da literatura, sem recurso à metanálise, e o enquadramento teórico sobre a CA e as respetivas Intervenções de Enfermagem e Ensinos aos Clientes Submetidos a Cirurgia a Catarata desenvolveremos o PDA.

## 2. PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO

Para a elaboração deste PDA foi utilizado a metodologia de projeto, em que pretendíamos desenvolver o conhecimento pessoal e científico, de forma a conhecer a temática mais aprofundadamente, para posteriormente podermos atuar de uma maneira mais crítica em contexto de trabalho. A Metodologia de Projeto baseia-se “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (FERRITO, 2010, p. 2).

A metodologia de projeto na área da enfermagem, é um instrumento com vista à identificação de necessidades e resolução de problemas e de acordo com Nunes (2010), um projeto é uma ferramenta de trabalho que se aproxima muito da investigação e que serve fundamentalmente para estudar um determinado problema, numa perspetiva interventiva e que causa preocupação constante, tendo como objetivo principal a resolução desses mesmos problemas, construindo-se assim uma ponte entre a teoria e a prática, já que a sua base é o conhecimento teórico, que será posteriormente utilizado na prática.

A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas (FERRITO, 2010):

- 1º Diagnóstico da Situação;
- 2º Definição de Objetivos;
- 3º Planeamento;
- 4º Execução e Avaliação;
- 5º Divulgação dos Resultados (através do relatório).

## 2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Esta é a primeira etapa da metodologia de projeto e compreende a identificação de um problema no qual pretendemos atuar e modificar. Segundo NUNES (2010, p.10) o diagnóstico da situação é “dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualização constante, (...) trata-se de um processo dinâmico, no qual não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas Instituições de Saúde e respetivos serviços, não descorando as dificuldades e complicações inerentes”.

A PBE tem por base os problemas identificados durante a prática clínica. Quando se inicia um projeto é necessário definirmos um problema, este surge da observação direta, de investigações ou problemas anteriores. Ao definirmos um problema este deve ser avaliado quanto à sua pertinência e qualidade, pelo que deve ser: “concreto e real; reunir condições para o estudo (recursos técnicos e materiais, disponibilidade por parte do contexto onde é realizado); ser operacionalizado através de uma hipótese científica; ser relevante para a teoria e/ou prática; estar formulado de forma clara e perceptível por outros investigadores” (NUNES, 2010, p. 12).

Na nossa prática profissional exercemos funções num serviço cirúrgico, onde o aumento do número de cirurgias de ambatório, tem sido muito significativo. A maioria dos clientes pernoita após a cirurgia, o que faz com que tenham uma maior vigilância no período pós-operatório, com exceção dos clientes submetidos a cirurgia a catarata, que têm alta para o domicílio algumas horas após a cirurgia, o que leva a uma necessidade de continuidade dos cuidados, muitas vezes assegurados pelos próprios clientes ou pelas famílias. Neste sentido torna-se de extrema importância o papel dos enfermeiros nos ensinamentos ao cliente/família, de modo a promover a continuidade dos cuidados de saúde e a sua preparação para a alta. Devemos também ter em atenção que no período pós-operatório imediato o cliente apresenta maiores riscos associados ao ato anestésico e cirúrgico, pelo que deve ser considerado um cliente crítico.

Os cuidados de enfermagem a clientes no período pós-operatório devem ter como objetivo garantir uma recuperação segura. Para a OE (2010, p.1) “são

cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa (...) prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

Os enfermeiros têm um papel significativo na alta do cliente para o domicílio. A preparação para a alta deve-se iniciar no período pré-operatório, tendo um primeiro contacto na admissão, continuando na preparação pré e intra-operatório, recobro imediato e no ensino para a alta ao cliente e família. Em todo este processo de cuidados deve-se dar abertura à participação da família, integrando-a no plano terapêutico, de modo a que esta adquira capacidades e conhecimentos para cuidar do seu familiar no domicílio, no sentido de promover a continuidade dos cuidados à pessoa até à sua recuperação.

De acordo com os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE (2001, p.8-9) “os cuidados de enfermagem tomam foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa viva e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo, prevenir a doença e promover processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”.

Os enfermeiros são os profissionais mais privilegiados para a avaliação das necessidades e em preparar o cliente/família para as possíveis complicações, evolução da recuperação e para a redução dos níveis de ansiedade, respeitando sempre os seus valores e aspetos culturais associados a todo o processo.

Neste sentido, e como profissionais de saúde, necessitamos de um conjunto de saberes científicos, que nos permitirão cuidar destes clientes de forma segura e com qualidade, daí que identificámos como problema: Défice de conhecimentos na área dos ensinamentos ministrados pelos enfermeiros ao cliente submetido a cirurgia a catarata em regime de ambulatório aquando o momento da alta. Esta temática analisada, pretende também contribuir para o desenvolvimento das competências específicas K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica e K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica.



Como problemas parcelares identificámos: Défice de conhecimentos sobre os ensinos para a alta em clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório; escassez de literatura acerca do tema; dificuldade na pergunta de partida.

Desta forma, definimos como prioridades realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, sobre a observação dos ensinos prestados ao cliente submetido a cirurgia a catarata em regime de ambulatório.

## 2.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos pretende que os problemas identificados anteriormente, sejam descritos sucintamente de forma a definir o problema, promovendo a formulação clara dos objetivos. Estes objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar e podem ir desde o geral ao mais específico (NUNES, 2010).

### Objetivo Geral

Adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre os ensinos para a alta em clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório, de modo a contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados a estes clientes.

### Objetivos Específicos

1 – Realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, sobre os ensinos para a alta em cirurgia de ambulatório;

2 – Elaborar um artigo sobre a temática de forma a partilhar com a equipa o trabalho realizado.

## 2.3 PLANEAMENTO

O planeamento é a terceira etapa da metodologia de projeto e onde se realiza o levantamento dos recursos e as condicionantes à concretização do projeto, são também definidas as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, assim como o cronograma de atividades (Percursos, 2010).

As atividades desenvolvidas estão relacionadas com os objetivos a que nos propomos atingir e vão no sentido para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório. No Apêndice 1 encontra-se a ficha de planeamento devidamente estruturada.

Passamos agora a apresentar os objetivos e as atividades correspondentes.

### Objetivo Específico

**1 - Realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, sobre os ensinos para a alta em cirurgia de ambulatório.**

### Atividades a desenvolver

- 1.1 Formulação da questão de pesquisa;
- 1.2 Localização e seleção de estudos;
- 1.3 Avaliação crítica dos estudos;
- 1.4 Recolha de dados;
- 1.5 Análise e interpretação dos dados;
- 1.6 Interpretação dos resultados;
- 1.7 Aprimoramento e atualização.

Indicadores de avaliação: Para este objetivo traçamos os artigos que apresentem boa evidência científica e a apresentação da tabela de resumo dos estudos que será apresentada no Apêndice 2 – Tabela de Resumo dos Estudos. Para desenvolvermos estas atividades necessitamos de recursos materiais como o computador, papel, caneta e impressora. Para além dos recursos materiais de

recursos humanos, no sentido de recorrermos como apoio, nomeadamente a professora orientadora do projeto Enf<sup>a</sup> E. M. e a Enf<sup>a</sup> orientadora do estágio S. T.

### Objetivo Específico

**2 – Elaborar um artigo sobre a temática de forma a partilhar com a equipa o trabalho realizado.**

### Atividades a desenvolver

- 2.1 Elaboração de um artigo baseado na revisão sistemática da literatura realizada;
- 2.2 Submissão do artigo a uma revista científica.

Indicadores de avaliação: Para este objetivo pretendemos apresentar a elaboração de um artigo bem estruturado e científico sobre a temática e posterior divulgação tanto no relatório como em publicação em revista. Para atingirmos este objetivo necessitamos de recursos materiais, como o computador, papel, caneta, etc. Em relação aos recursos humanos, e tal como no objetivo anterior, recorrermos como apoio, nomeadamente a professora orientadora do projeto Enf<sup>a</sup> E. M. e a Enf<sup>a</sup> orientadora do estágio S. T.

Durante a elaboração do planeamento foram detetados alguns constrangimentos que passamos a referir:

- Inexperiência na realização de revisões sistemáticas da literatura;
- Inexperiência em consulta de bases de dados científicas;
- Escassez de literatura acerca do tema.

Para ultrapassar estes constrangimentos pretendemos perceber o modelo para a realização de revisões sistemáticas da literatura e aprender a consultar bases de dados científicas de forma eficaz.

## 2.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta é a quarta etapa da metodologia de projeto e “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (NUNES et al., 2010, p.23). O que anteriormente era apenas algo desejado torna-se numa situação real e significativa, pois possibilita a realização das nossas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Durante a fase da execução “é necessária a procura de dado, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos” (NUNES et al., 2010, p. 23). Esta fase do projeto considera-se de transformadora, pois pode possibilitar a mudança de comportamentos, a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências, melhorando assim a nossa prática diária (NUNES et al., 2010).

A avaliação do projeto “deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (NUNES et al., 2010, p.24).

A elaboração deste PDA teve como base as orientações definidas pela Cochrane Handbook for Systematic of Interventions, no que diz respeito à revisão sistemática da literatura (sem metanálise), onde são disponibilizados recursos e conhecimentos para planear, conduzir e divulgar a revisão.

Para POCINHO (2008, p. 7) uma revisão sistemática é um “tipo de estudo secundário que facilita a elaboração de diretrizes clínicas sendo extremamente útil para os tomadores de decisão na área da saúde (...) contribuem para o planeamento de pesquisas clínicas (...) reúnem de forma organizada, grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas e auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão”.

A revisão sistemática da literatura tem como objetivo dar resposta, de forma clara a uma pergunta previamente formulada e utiliza métodos sistemáticos e explícitos que identificam, selecionam e avaliam criteriosamente as pesquisas mais relevantes (POCINHO, 2008). Uma revisão sistemática para LARRABEE

(2011, p. 7) “é uma análise crítica, feita com a utilização de uma metodologia rigorosa, de pesquisas originais identificadas por uma busca abrangente da literatura (...) apresenta conclusões sobre as melhores evidências actuais sobre um tópico”. Para esta autora, a maior base de dados de revisões sistemáticas é a Cochrane Library, pois tem como objetivos a produção e disseminação de revisões sistemáticas da literatura sobre a efetividade das intervenções em saúde.

As revisões sistemáticas da literatura podem ou não usar metanálise, sendo a metanálise um método estatístico aplicado à revisão sistemática e que integra os resultados de dois ou mais estudos primários. Queremos referir que a revisão sistemática da literatura por nós efetuada neste projeto, não faz uso da metanálise. A nossa metodologia apresenta os seguintes passos: a) elaboração de uma questão bem definida; b) localização e seleção de estudos; c) avaliação crítica dos estudos; d) recolha de dados; e) análise e apresentação dos dados; f) interpretação dos resultados e g) aprimoramento e atualização (POCINHO, 2008).

Elaboração de uma questão bem definida: A pergunta de partida é das etapas mais importantes desta metodologia, onde devem ser definidos os clientes, a doença e a intervenção terapêutica. As questões devem ser bem formuladas, pois podem levar a uma revisão mal elaborada sobre o que deve ou não deve ser incluído na revisão. POCINHO (2008, p.15) refere que “questões mal formuladas levam a decisões obscuras sobre o que deve ou não ser incluído na revisão”.

No nosso projeto definimos como pergunta de partida: “A aquisição de conhecimentos sobre os ensinamentos de enfermagem são importantes para a alta dos clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de cirurgia de ambulatório?”.

As etapas que se seguem e todo o processo de revisão serão definidos pela questão da investigação. A pergunta deve conseguir dar resposta a quatro questões:

- A pergunta é relevante? Sim
- A pergunta é realista? Sim
- O assunto é amplo ou limitado? Amplo
- Espera-se fazer uma revisão sistemática apenas ou uma revisão sistemática com metanálise? Uma revisão sistemática sem metanálise.

Com o propósito de analisar a questão formulada por nós elaborámos um quadro com base na estratégia PICO (Participantes, Intervenções, Comparações e Outcomes/Resultados) de RAMALHO (2005).

**Quadro 1 – Descrição dos Critérios PICO para a Formulação da Questão de Investigação**

<b>P</b>	Participantes	Quem foi estudado?	- Os clientes - Os enfermeiros	- Ensinos - Cirurgia de Ambulatório - Enfermeiros - Alta - Cirurgia a catarata
<b>I</b>	Intervenções	O que foi feito?	- Ensinos de enfermagem	
<b>C</b>	Comparação	Pode existir ou não?	- Comparação entre os vários estudos avaliados	
<b>O</b>	Outcomes	Resultado esperado	- Capacitação dos enfermeiros para a realização de ensinos com qualidade - Capacitação dos clientes nos cuidados no domicílio	

Localização e seleção de estudos e avaliação crítica dos estudos: Esta etapa incide em identificar os estudos relevantes após pesquisa em base de dados científicas eletrónicas (POCINHO, 2008), como a Medline, Lilacs, Cochrane Controlled Trials Database, Pubmed, B-on, Scielo, entre outras. Cada um dos estudos deverá estar claramente identificado em relação ao método que se utilizou para o encontrar. No nosso caso específico, foram procurados artigos nas bases de dados Scielo, EBSCO e B-on, devido a estas serem as bases de dados a que temos acesso gratuitamente, tanto em qualquer ponto de internet como através da Escola Superior de Saúde, no período de Outubro de 2015 a Janeiro de 2016. Houve também a necessidade de recorrer ao motor de busca Google para conseguir aceder a alguns documentos na íntegra.

Após termos formulado a questão da investigação, é necessário elaborarmos critérios de inclusão e exclusão. Estes critérios correspondem à população de clientes, intervenções, resultados, devem estar específicas as datas de publicação que vão ser pesquisados, o desenho e tipo de estudos, localização geográfica e tipo de local de cuidados de saúde (LARRABEE, 2011).

Os **critérios de inclusão** que definimos referem-se a estudos publicados após o ano 2000, tanto em língua portuguesa como em inglesa, estudos apenas de cirurgia da catarata em adultos, estudos sobre os ensinamentos/cuidados de enfermagem no pós-operatório em CA, estudos com evidência científica, tanto qualitativos como quantitativos.

Nos **critérios de exclusão** definimos os artigos publicados anteriormente ao ano 2000, estudos sobre cirurgia da catarata em crianças e estudos sobre os cuidados de enfermagem pós-cirúrgica que não fossem em CA.

Em relação ao tipo de desenhos de pesquisa, recorreremos a estudos clínicos quase experimentais e a estudos não experimentais, recorrendo também a estudos de coorte e descritivo-correlacionais (LARRABEE, 2011).

Durante a pesquisa nas bases de dados de estudos relacionados com a temática, foram selecionados 21 estudos. Ao analisarmos os seus resumos e com a aplicação da totalidade dos critérios de inclusão e exclusão, ficámos com um total de 6 artigos. Destes 6 artigos e tendo em conta as palavras-chave, ficamos com um total de 3 artigos que estão mais centrados na nossa temática do projeto e que iam ao encontro das nossas necessidades de aquisição de conhecimentos. Tal como refere LARRABEE (2011, p.98) “pesquisa é a investigação rigorosa, sistemática para desenvolver ainda mais o conhecimento existente e produzir novos conhecimentos para instruir a prática”.

As grelhas CASP (Critical Appraisal Skills Programme) consistem num programa criado pelo Institute of Health Sciences of Oxford e têm como objetivo ajudar os profissionais de saúde a adquirir habilidades na procura de informação e na leitura crítica e científica de forma a obter as melhores evidências científicas necessárias para a tomada de decisão. A grelha CASP é constituída por dez perguntas necessárias para a avaliação da investigação qualitativa (que avaliam o rigor, a credibilidade e a relevância). Os nossos 6 artigos inicialmente incluídos no estudo foram analisados de acordo com a CASP, ficando apenas os 3 estudos

que deram resposta a todas as perguntas. Os artigos excluídos centravam-se em artigos de opinião, estudos quantitativos e que não davam resposta à questão da investigação. A grelha CASP dos nossos estudos está disponibilizada no apêndice 3 – Grelha CASP Para a Seleção dos Estudos.

Recolha de dados/análise e apresentação dos dados/interpretação dos resultados: A decisão de juntar estas três fases prende-se ao fato que ao recolhermos os dados dos estudos, analisando os mesmos e interpretando os resultados, conseguimos realizar um enquadramento concetual acerca dos ensinoinformação fornecida aos clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório e concretizar a elaboração de um artigo científico tendo como base a revisão dos estudos selecionados.

A recolha de dados é a etapa onde são recolhidos um conjunto de informações pertinentes sobre cada estudo, com o objetivo de alcançar o rigor científico, para atingirmos este objetivo, as grelhas CASP são uma ferramenta essencial que nos fornece informações sobre os estudos e as suas características.

A análise e apresentação dos dados deverá ser pré-estabelecida no projeto, assim como a sua apresentação de forma a facilitar o raciocínio do leitor.

Na interpretação dos resultados, as conclusões são elaboradas de forma clara e concisa, culminando com a entrega e defesa do relatório de projeto (POCINHO, 2008).

Aprimoramento e Atualização da Revisão: Embora seja o último passo da nossa metodologia de projeto, o nosso trabalho não se encontra finalizado, pois será ainda submetido a comentários e sugestões que nos permitirá melhorar a qualidade do mesmo, daí a importância da colaboração dos nossos orientadores para avançarmos com o projeto e melhorarmos o nível de conhecimentos.

Para POCINHO (2008), a realização de uma revisão sistemática da literatura, sem metanálise, compreende a necessidade de alguns recursos, conhecimentos e habilidades por parte do revisor, assim como o tempo despendido na concretização do projeto. São também necessários outros recursos como: 1 – Um segundo revisor na seleção de estudos, avaliar a qualidade dos mesmos, extrair dados e realizar análises, no sentido de evitar



erros; 2 – Recursos materiais como telefone, computador, papel, fotocópias, etc; 3 – Recursos financeiros.

Como habilidades e conhecimentos podemos referir a necessidade de: possuir conhecimentos sobre a metodologia da revisão sistemática da literatura; conhecimentos de outras línguas; conhecimentos de estatística e epidemiologia; conhecimentos de informática; conhecimentos sobre as bases de dados e como realizar pesquisas sobre o tema escolhido, tendo que fazer sentido clínico para o revisor (POCINHO, 2008).

Desta forma, tentamos ultrapassar as etapas propostas pela metodologia e aumentar o nível de conhecimentos acerca da realização de revisões sistemáticas da literatura. Para concluir, podemos considerar que a metodologia utilizada nas revisões é muito semelhante à metodologia de trabalho de projeto, havendo também a necessidade de identificar um problema, formular uma questão de investigação e realizar o planeamento necessário para o sucesso da revisão.

Tal como descrito no segundo objetivo, foi realizado um artigo sobre “O Papel dos Enfermeiros nos Ensinos ao Cliente/Família Submetidos a Cirurgia a Catarata em Regime de Ambulatório”, o qual só foi possível elaborar após a realização da revisão sistemática da literatura, sem metanálise. O artigo baseia-se na importância dos ensinos ministrados pelos enfermeiros em cirurgia de ambulatório, tendo por base a evidência científica, encontrando-se este no Apêndice 4.

## 2.5 DIVULGAÇÃO DO PROJETO

Para a avaliação de um trabalho de projeto existe a necessidade de proceder à divulgação dos resultados, que é o finalizar de todas as etapas.

A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto, pelo que deve ser planeada, com a finalidade de informar o público, favorecer o retorno da informação de modo a adaptar o material ou o método utilizado, entre outros, neste sentido a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto de modo

a possibilitar a discussão das estratégias adotadas na resolução do problema (NUNES, 2010).

Podemos então dizer que a divulgação de um relatório é um dever ético de todos os investigadores, no sentido em que se conhece qual a metodologia seguida e todo o percurso para a resolução do problema. Conforme a OE (2006, p. 1) a Investigação em Enfermagem consiste num “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício” quer seja de clientes ou familiares. A investigação e a formação contribuem para o desenvolvimento contínuo da profissão e ajudam na tomada de decisões adequadas e fundamentadas para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem (NUNES, 2010).

Como forma de divulgação, foi então elaborado este relatório onde se insere a metodologia utilizada para a resolução do problema, e também foi elaborado o artigo científico (Apêndice 4) com o objetivo de partilhar e dar a conhecer os resultados do trabalho realizado.

Com o desenvolvimento do PDA pensamos ter desenvolvido as competências específicas K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Assim no capítulo seguinte abordaremos o PAC, onde estão descritas as atividades realizadas de modo a atingir todas as restantes competências do enfermeiro especialista em EMC.

### 3. PROJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo iremos descrever o PAC, que foi desenvolvido durante o estágio III, que se realizou no SANE, sob orientação da Enfª S. T., no período de 24 de Setembro de 2015 a 30 Janeiro de 2016, no sentido de adquirirmos/aprofundarmos as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A OE (2001, p.8649) define competências específicas como “as competências que decorrem das repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Este PAC está definido em ligação ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, tal como definidas pela OE.

#### 3.1 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A escolha do nosso estágio no SANE, deveu-se principalmente ao tipo de clientes que recebem, pois são pessoas com doença crónica e com um grande fator de risco para a instabilidade orgânica.

Durante a realização do estágio tivemos a oportunidade de cuidar de clientes com a sua doença crónica como também na fase crítica em que muitas vezes se encontravam. Maioritariamente o nosso estágio passou-se no BO em cirurgias de ambulatório, em clientes na fase crítica da sua doença, principalmente em cirurgias de construção de acesso vascular (AV) definido para hemodiálise.

Após as 24h da cirurgia citada é realizada uma chamada telefónica pelo enfermeiro, que utiliza um questionário próprio no sentido de obter informações

sobre se os ensinamentos foram percebidos, ou da existência de alguma complicação no pós-operatório.

Ao 7º dia é realizada nova chamada telefónica, utilizando novo questionário, para validação dos ensinamentos e para perceber a evolução da ferida cirúrgica. No entanto, o que se constatou na maioria dos casos, é que muitas vezes eram identificadas necessidades devido à evolução da doença, detetando antecipadamente sintomas, sendo a maioria dos clientes encaminhados para o seu médico assistente.

Sendo a pessoa em situação crítica “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.8656) é imprescindível que os cuidados prestados a estes clientes sejam altamente qualificados que permitam manter funções básicas de vida, prevenindo complicações, procurando desta forma a sua recuperação total (OE, 2011).

Como refere MONAHAN et al. (2010, p.196) “O enfermeiro de cuidados críticos é um advogado do doente, responsável por assegurar que todos os doentes em estado crítico e respectivas famílias recebam cuidados óptimos através do processo de determinar objectivos para os cuidados ao doente e de criar mecanismos para avaliar o progresso do doente em relação aos objectivos estabelecidos.”

### **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.**

Durante nosso estágio no SANE tivemos a oportunidade de estar numa sala de BO a acompanhar os clientes que numa fase inicial da sua doença, eram submetidos à cirurgia de AV definitivo para hemodiálise, ou então, para desobstrução cirúrgica do acesso, em clientes numa fase mais avançada da doença.

No período pós-operatório, a enfermeira reunia com o cliente e família ou cuidador para realizar os ensinamentos sobre os cuidados a ter com o novo AV e sobre como detetar sinais de infeção, dando espaço para o esclarecimento de dúvidas. Esta primeira abordagem com o cliente e família ou cuidador é fundamental para

criar uma relação terapêutica e de confiança, tornando o enfermeiro que faz estes ensinamentos como uma referência sempre que ocorra alguma alteração neste processo de doença. Tal como diz FERREIRA et al. (2009, p.362) “é nesta vertente humanista que a relação de ajuda com o outro é primordial, uma vez que a mesma para além de auxiliar na cura contribui para a auto-realização da pessoa cuidada”.

Após as 24h da cirurgia, a enfermeira contacta o cliente telefonicamente e através de um questionário, pode compreender se existem queixas associadas aos cuidados cirúrgicos, como a dor, mas principalmente fazer uma vigilância apertada sobre as complicações que podem advir do ato cirúrgico. Ao sétimo dia é realizado novo contacto telefónico com o auxílio de outro questionário, embora o intuito deste seja a validação de ensinamentos e a verificação da inexistência de complicações com a ferida cirúrgica, o que muitas vezes nos deparámos foi que existiam outras queixas referidas pelo cliente ou familiar/cuidador, como edema ou dispneia, devido à evolução da doença, sendo necessário pedir a colaboração ou encaminhar para o médico assistente, detetando assim atempadamente sintomas de uma fase evolutiva da doença.

Durante o estágio, reparámos que os questionários utilizados estavam desatualizados, sendo apenas realizados por duas enfermeiras do serviço, que pela sua experiência sabiam o que perguntar ao cliente sem ser necessário recorrer a algum auxílio, mas se algum outro elemento da equipa de enfermagem, ou alguém que esteja em integração, tentasse utilizá-los, sentiria alguma dificuldade na comunicação com o cliente ou familiares/cuidadores, pois não existia um fio condutor nas perguntas.

Este fato foi constatado através da observação, que segundo FORTIN (1999, p.36) “é a chave do conhecimento e constitui o elemento central do processo de investigação. Observar é considerar com atenção a fim de melhor conhecer e compreender a realidade”.

Assim, no sentido de uniformizarmos cuidados e atualizarmos o questionário, e após reunião com Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora que também concordavam com esta necessidade propusemo-nos a elaborar um procedimento com o tema “Questionário de Avaliação Pós-Cirúrgica no SANE”, e atualizar os respetivos questionários pós-cirúrgicos das 24h e ao do 7º dia.

Para dar resposta a este objetivo, definimos como atividades e estratégias a desenvolver, a pesquisa bibliográfica e eletrónica sobre a temática, a elaboração de uma norma de procedimento setorial, discussão da norma com a enfermeira orientadora, reformulação caso seja necessário do procedimento e elaboração de uma sessão de formação no SANE à equipa de enfermagem para apresentação do procedimento e respetivo questionário.

Após a elaboração do procedimento com os respetivos questionários em anexo, foi realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem do SANE, onde foi apresentado o procedimento e os questionários, com espaço para a equipa sugerir alterações e onde foi feita a respetiva avaliação da sessão.

Atualmente os questionários por nós elaborados estão em utilização no SANE, numa fase de teste, e a ser realizados por toda a equipa de enfermagem, havendo uma primeira auditoria ao procedimento em Dezembro deste ano.

## **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação.**

Como Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, insere-se também a resposta a situação de catástrofe ou emergência multi-vítima e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção (OE, 2011).

Considerando catástrofe como “qualquer evento, causado pelo homem ou natural, que provoca destruição e devastação que não pode ser aliviada sem ajuda” (STANHOPE et al., 1999, p. 410), mais especificamente “susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2011, p.2).

Para darmos resposta a esta competência definimos como atividades a pesquisa bibliográfica sobre princípios de atuação em situações de catástrofe, com vista a uma melhor prestação e avaliação de cuidados em situações com multi-vítimas e a inscrição em simulacros realizados tanto na comunidade como no hospital.

Deste modo considerámos pertinente a participação num simulacro de um sismo, desenvolvido a nível distrital, com a participação na organização deste

evento da Proteção Civil, denominado SETLOG 2015. A participação consistia em integrar uma equipa de saúde, onde foi permitido fazer o acolhimento a vítimas, triagem e encaminhamento consoante o seu estado de saúde.

O primeiro exercício de simulacro em que participamos foi na comunidade, com a organização da Proteção Civil, onde foi permitido treinar os aspetos relacionados com a receção de vítimas, resgate, encaminhamento, entre outros cuidados às vítimas. Houve ainda a possibilidade de assistirmos a formações sobre os procedimentos a adotar em caso de catástrofes naturais, como a criação de kits de emergência para o domicílio.

Iniciámos este simulacro como prestadores de cuidados de saúde, numa escola primária, onde foi criado um posto de triagem. Aqui era efetuado o registo das vítimas e realizada a primeira triagem com respetiva avaliação e feito posterior encaminhamento para outros profissionais de saúde.

Em simultâneo com este simulacro de sismo, foi também pertinente a participação de um simulacro de uma derrocada de um edifício, com um cenário de multi-vítimas, em colaboração com a equipa de resgate e salvamento dos Bombeiros Sapadores de Setúbal, onde na triagem das vítimas recorreu-se ao modelo START (Simple Triage and Rapid Treatment), no qual se atribui graus de urgência para posteriormente serem prestados os cuidados necessários às vítimas. Neste exercício foi realizado num edifício abandonado, um simulacro de resgate a três pessoas vítimas de uma derrocada, que contou com a participação dos Bombeiros Sapadores de Setúbal, onde foi efetuada a triagem de enfermagem através da metodologia START, que consiste em atribuir graus e urgência, determinando-se assim a sequência de atuação às vítimas.

Durante todo este processo foi importante conhecer os princípios de gestão de catástrofe: Prevenir o acidente, Minimizar o número de vítimas, Resgatar os feridos, Prestar os primeiros socorros, Evacuar os feridos, Prestar cuidados definitivos, Promover a reconstrução e recuperação (SHEEHY, 2001).

Com estas participações foi perceptível a complexidade de um cenário de catástrofe, princípios de atuação, dificuldades que os meios de socorro encontram para dar resposta a uma situação desta magnitude e a importância da coordenação entre os profissionais de saúde com os serviços de Proteção Civil.

Todas estas atividades descritas nestes cenários vão também ao encontro do Código Deontológico no artigo 79º - Dos Deveres Deontológicos em Geral, em que o enfermeiro deve "...ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência..." (NUNES, 2005, p.79).

Num contexto diferente, desta vez em ambiente hospitalar, tivemos ainda oportunidade de participar num simulacro de incêndio, como observadora, realizado pelo Serviço de Especialidades Médicas (SEM), contou com a colaboração de colegas deste mestrado, conjuntamente com os colegas do SEM, cujo serviço recetor de vítimas, era Serviço de Especialidades Cirúrgicas. Neste simulacro houve necessidade de avaliar a resposta da equipa multidisciplinar, assim como do conhecimento do Plano de Emergência Interno por parte dos profissionais e que contou também com o apoio dos Bombeiros Sapadores de Setúbal.

Este simulacro aconteceu numa enfermaria do SEM e embora como observadora, conseguimos perceber a dificuldade de articulação com outros serviços e profissionais de saúde e da importância do conhecimento dos planos de evacuação em situação de catástrofe no local de trabalho. No final deste exercício de simulacro realizou-se um briefing com as várias entidades envolvidas, onde houve a oportunidade de analisar os pontos positivos e negativos de cada atuação e identificar as medidas corretivas nas inconformidades das atuações.

Esta participação permitiu-nos compreender os planos e princípios de atuação em situações de catástrofe numa Instituição Hospitalar, assim como avaliar a articulação e eficácia da equipa de saúde. É de salientar a importância da coordenação entre os profissionais de saúde e os serviços de apoio, como os Bombeiros Sapadores de Setúbal e a Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI), devendo haver mais simulacros para uma melhor formação dos profissionais de saúde em atuar neste tipo de situações, pois segundo STANHOPE et al. (1999, p. 412) defendem que "quanto mais os enfermeiros estiverem adequadamente preparados, melhor a sua capacidade de liderança e para ajudar os outros a evoluir para uma fase de recuperação menos traumática".



A nível académico, foi igualmente possível participarmos num curso de Traumatologia com prática simulada. Neste exercício prático, os estudantes foram colocados perante um cenário de catástrofe, em que se simulava uma explosão de bomba numa sala de aula, desconhecendo-se o número de vítimas e o seu grau de gravidade. O primeiro passo foi realizarmos o reconhecimento da área e a avaliação do número de vítimas assim como do seu estado de saúde, posteriormente dividimo-nos em equipas de salvamento, atuando em conformidade com a vítima encontrada. Foi um exercício prático que nos exigiu, como participantes uma avaliação e atuação rápidas, com recursos limitados perante uma situação passível de acontecer. Este curso foi de extrema importância para a aquisição de competências de avaliação, identificação, capacidade de decisão, trabalho em equipa, coordenação e comunicação entre os outros profissionais de saúde.

**K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de estar no Bloco Operatório (BO), em observação de cirurgias, o que nos permitiu adquirir competências em relação ao cliente no período intra-operatório, como também verificar a importância do controlo da infeção numa sala de BO, pois é da responsabilidade da enfermeira verificar a higienização da sala e o percurso da esterilização dos materiais utilizados durante a cirurgia, prevenindo assim infeções associadas aos cuidados à pessoa numa situação crítica. Conforme ROTHROCK, SMITH (1997, p.34) referem “um programa de controle de infeção baseia-se no conhecimento da natureza e características dos microrganismos que são capazes de produzir infeção no paciente cirúrgico e na compreensão de sua transmissão para o ambiente e para a ferida”.

Somos também, há mais de dez anos, elemento de ligação do Grupo Coordenador Local Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIPRA), anteriormente designada de CCI (Comissão de Controlo de Infeções), que tem como papel principal no

controlo da infeção, a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento das normas e recomendações de boas práticas e a formação dos profissionais (DGS, 2007).

O nosso PDA relaciona-se com os ensinamentos realizados aos clientes numa fase pós-cirúrgica, sendo que os cuidados a ter em conta de modo a prevenir infeções são de extrema importância, pelo que esta competência foi também desenvolvida no referido projeto.

### 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa visam todas as pessoas com doença crónica incapacitante ou terminal, assim como os seus cuidadores, de forma a diminuir o seu sofrimento e maximizar o seu conforto e qualidade de vida (OE, 2011).

Os clientes com doença crónica ou paliativa, devido muitas vezes à sua idade mais avançada, às suas capacidades de coping frequentemente reduzidas, às incapacidades graves e aos recursos limitados, exigem o recurso a diversas fontes de ajuda e cuidados (MONAHAN et al., 2010).

**L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.**

Durante o estágio no SANE, que recebe principalmente clientes crónicos, na grande maioria, insuficientes renais terminais, tivemos a oportunidade de ter contacto com estas pessoas portadoras de doença crónica como também com os seus familiares ou cuidadores. Este primeiro contacto, permitiu-nos fazer inicialmente uma avaliação do seu estado de saúde e dos problemas a ele associados. “Uma avaliação global é uma avaliação minuciosa dos aspectos físico, social, emocional e espiritual do doente, dos familiares e dos cuidadores

informais, e que examina uma série de problemas que podem causar sofrimento” (MONAHAN et al., 2010 p.163).

Ao realizarmos ensinamentos pós-operatórios a estes clientes, que são seguidos em consulta de nefrologia geralmente há vários anos, permitiu-nos promover intervenções específicas nos cuidados a médio/longo prazo a clientes terminais, como no caso do AV para hemodiálise no âmbito de obter uma sobrevida prolongada do acesso, sendo que este é um pilar fundamental para a sua sobrevida.

As atividades e estratégias para dar resposta a esta competência, são semelhantes às referidas na competência K1, pois embora os questionários sejam diferentes pertencem ao mesmo procedimento. Assim, passam pela pesquisa bibliográfica e eletrónica sobre a temática, a elaboração de uma norma de procedimento setorial, discussão da norma com a Enfermeira orientadora, reformulação caso seja necessário do procedimento e elaboração de uma sessão de formação no SANE à equipa de enfermagem para apresentação do procedimento e respetivo questionário

Neste sentido, elaboramos em conjunto com a Enfermeira orientadora do estágio, um procedimento específico para os cuidados após a cirurgia de construção de AV, que consiste num questionário com a finalidade de obter informações ao sétimo dia de cirurgia e reforçar a importância dos cuidados a ter com o AV. Este procedimento já foi referido anteriormente na competência K1.

O questionário elaborado é utilizado na consulta telefónica do sétimo dia e consoante as informações recebidas, deparamo-nos muitas vezes junto do cliente e seus familiares, que existem outras necessidades devido à evolução da doença, sendo necessário pedir a colaboração da equipa multidisciplinar, na maioria o médico assistente de nefrologia, detetando assim antecipadamente sintomas para um encaminhamento ajustado a cada situação.

Assim de acordo com a OE, de modo a dar resposta a esta competência, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, “identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos,

objectivos e desejos, com vista a preservar a sua dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento” (OE, 2011, p.3).

**L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte.**

Durante o nosso estágio, para além de ter contacto com o cliente insuficiente renal crónico terminal em situação crítica na construção de um AV, foi possível verificar que estas pessoas e os seus familiares/cuidadores tinham muitas dúvidas em relação à doença e ao processo evolutivo da mesma, falando muitas vezes das consequências na qualidade de vida até à morte.

Na maioria dos casos, foi necessário saber ouvir e dar respostas a perguntas fora do âmbito operatório, tentando promover assim a autonomia do cliente e o autoconhecimento da própria doença, permitindo então que os clientes e seus familiares adquiram competências para aprender a viver melhor com a sua doença crónica incapacitante.

A função do enfermeiro passa também por ajudar a família na identificação das suas necessidades e ajudar na satisfação das mesmas, sendo por isso fundamental que o enfermeiro se mostre disponível para ajudar a família, esclarecendo dúvidas, fornecendo informação e promovendo espaços de partilha onde todos possam expressar os seus sentimentos (BOLANDER, 1998).

Nos ensinamentos realizados aos clientes durante o estágio, foram abordados vários temas como a alimentação do doente renal, o início do tratamento, as horas de tratamento e o número de dias, as restrições quer alimentares quer terapêuticas, assim como explicar a importância da adesão à terapêutica para evitar a entrada em hemodiálise o mais precocemente possível.

Estes ensinamentos coadunam-se com o referido pela OE (2013, p.5) que diz que “os aconselhamentos ao nível dos estilos de vida, da promoção de processos de adaptação, da adesão ao regime terapêutico, tornam-se centrais na intervenção do enfermeiro, na capacitação da pessoa para a vivência de uma situação de doença crónica e a reconfiguração de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença no desenvolvimento das suas atividades de vida”.

Tivemos ainda oportunidade de verificar que o enfermeiro no SANE tem também o papel de dar um reforço positivo, explicando que a hemodiálise é um tratamento crónico e não curativo, permitindo manter uma esperança e uma qualidade de vida ainda bastantes satisfatórias.

“No fundamental, os enfermeiros ajudam os doentes e famílias a manterem o controlo das suas vidas individuais, tanto quanto possível, para garantia de dignidade e auto-estima” (PHIPPS et al., 2003, p.212).

## 4. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

No decorrer do estágio desenvolvemos e adquirimos competências comuns ao enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.

O enfermeiro especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011, p.8648).

### 4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista envolvem quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

Deste modo as competências comuns são definidas pela OE como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda,

através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2011, p.8649).

### **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Segundo o artigo 8º do Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE), os enfermeiros deverão no exercício das suas funções “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 1996, p.4).

Durante este mestrado as Unidades Curriculares de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica II no módulo Questões Éticas de Enfermagem em Situações Complexas, foram muito importantes para a aquisição desta competência, pois ajudaram-nos a refletir sobre as nossas ações durante a prática clínica, sempre baseadas nos princípios e deveres da profissão.

Durante a nossa prestação de cuidados, procuramos sempre tomar as nossas decisões com base no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no REPE e nos princípios éticos, com respeito pelos valores do cliente.

Por todos estes aspetos, pensamos assim, que atingimos as competências comuns do domínio da responsabilidade, ética e legal.

### **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Podemos definir Qualidade em saúde como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um bom nível profissional, tendo em conta os recursos disponíveis, implicando os cuidados de saúde às necessidades dos clientes, com o melhor desempenho possível (GEORGE et al., 2013).

Durante a nossa experiência profissional tentamos sempre prestar cuidados com segurança, nomeadamente na utilização de equipamento de proteção individual, na preparação e administração de terapêutica, na gestão de um ambiente seguro, de forma a garantir a satisfação do cliente e a qualidade dos cuidados.

Segundo STANHOPE et al. (1999, p.468) “a garantia e melhoria da qualidade é a monitorização das actividades dos cuidados aos clientes para determinar o grau de excelência atingido na execução das actividades”, penso por isto que os registos de enfermagem com a formulação de diagnósticos de

enfermagem e respetivas intervenções, são uma mais valia para atingirmos a qualidade dos cuidados.

Desde 2007 que somos elemento interlocutor do gabinete da Qualidade no nosso serviço, pelo que é nossa função a participação na elaboração e revisão de procedimentos, formação aos elementos da equipa e participação em auditorias.

Durante a parte teórica do mestrado supracitado, temos a referir que as Unidades Curriculares Enfermagem, no módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem e Gestão de Processos e Recursos foram muito importantes para o desenvolvimento desta competência, pois deram-nos oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados sempre com base nos enunciados descritivos dos Padrões da Qualidade da OE.

### **Domínio da Gestão dos Cuidados**

Para uma boa gestão de cuidados é essencial o conhecimento da Organização, o funcionamento do serviço, da equipa multidisciplinar e das suas responsabilidades, de forma a que sempre que necessário otimize-se os recursos disponíveis de forma segura e com qualidade.

Somos desde 2007 segundo elemento no meu serviço, substituindo a chefia na sua ausência, assim como chefe de equipa, pelo que as minhas funções passam pela coordenação e supervisão da equipa de enfermagem, gestão de material clínico e hotelaria, gestão de medicamentos, gerir admissões e altas no serviço, etc. Atualmente e devido à situação política do país, tem sido muito complicado otimizar os recursos, pois há falta de enfermeiros, colocando em causa a qualidade dos cuidados.

Como diz MANLEY, BELLMAN (2003, p.15) “desenvolver o potencial de liderança é vital para todos os enfermeiros, especialmente para lidar com as mudanças tremendas que se fazem sentir hoje em dia no domínio dos cuidados de saúde”.

Durante o período de estágio, frequentamos também um curso designado “Auditoria Clínica”, onde nos foi ensinado a elaborar grelhas de auditoria, que não é mais que uma ferramenta de auxílio à gestão. As auditorias devem-se basear num conjunto de princípios e “estes princípios deverão ajudar a fazer da auditoria



uma ferramenta eficaz e fiável de suporte às políticas e ao controlo de gestão, ao fornecer informação sobre a qual uma organização pode atuar para melhorar o seu desempenho” (INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE, 2012, p.12)

É também de referir que a Unidade Curricular Gestão de Processos e Recursos, no módulo de Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Saúde, foi muito pertinente para a consolidação desta competência.

### **Domínio das Aprendizagens Profissionais**

Relativamente ao domínio desta competência, uma das formas de atualização de conhecimentos é através da formação contínua, tanto a realizada em serviço, na Instituição, como a formação externa.

No nosso serviço somos responsáveis pela formação em serviço, pelo que todos os anos aplico, aos meus colegas, um questionário com o objetivo de obter um diagnóstico das necessidades formativas e perante as respostas elaboro o plano de formação em serviço.

De acordo com o Artigo 88º - Da Excelência do Exercício do CDE “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: c) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (NUNES et al., 2005, p.135).

Ao longo da nossa vida profissional, sempre tentamos manter-nos atualizados ao frequentar cursos, formações e jornadas. Grande parte da minha carreira foi a desempenhar funções na área da médico-cirúrgica, sendo esta a área que gosto de estudar e a que mais tento investir.

Queremos também realçar a frequência numa pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual nos deu algumas creditações para a frequência deste mestrado. Concordamos com MANLEY, BELLMAN (2003, p.14) quando dizem que “o autodomínio e a sabedoria pessoal presumem um conhecimento activo dos nossos próprios valores e convicções acerca da Enfermagem Cirúrgica e do nosso próprio papel na equipa de prestação de cuidados de saúde a todos os níveis”.

O facto de nos termos matriculado neste curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, demonstra a necessidade que sinto em adquirir e reciclar conhecimentos bem como desenvolver limites profissionais.

## 4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica implicam um desempenho altamente qualificado e contínuo, no sentido de dar resposta às necessidades afetadas dos clientes, possibilitando manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista, a sua recuperação total (OE, 2011).

As competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica englobam os cuidados ao cliente com processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção.

Em relação à competência **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, podemos dizer que o estágio realizado no SANE, foi muito importante para a aquisição desta competência, pois a maior parte do tempo foi passado em BO, onde os clientes são sujeitos a uma intervenção cirúrgica, numa fase crítica da sua doença. O facto de o cliente se encontrar numa sala de BO, já o torna como crítico, pois durante a anestesia o enfermeiro é responsável pela monitorização dos sinais vitais e pela vigilância de alguma reação aos fármacos administrados.

No período pós-operatório imediato, que corresponde a um período curto e crítico, onde o cliente tem maiores riscos associados à cirurgia. Metade das complicações cirúrgicas ocorre durante a primeira hora de pós-operatório (AESOP, 2006), sendo de extrema importância uma maior vigilância e monitorização nesta fase. Os riscos mais frequentes para estes clientes são a hemorragia, dor e hipotensões. Neste período de pós-operatório, os clientes são

encaminhados para uma sala onde se monitoriza os sinais vitais, vigia-se as características do penso operatório acautelando assim o risco de hemorragia.

A dor está muitas vezes presente, pelo que existem protocolos analgésicos que são administrados e entregues ao cliente para este levar para domicílio de forma a fazer uma melhor gestão da sua dor. Entende-se por Dor como aquilo que a própria pessoa diz estar a sentir no momento, correspondendo a uma situação individual e multidimensional (PHIPPS et al., 2003).

Após o cliente estar mais estabilizado pede-se à família ou cuidadores que permaneça junto ao cliente e é nesta fase que são realizados os ensinamentos sobre os cuidados pós cirúrgicos a ter, seja em relação ao AV como com a ferida cirúrgica. Esta primeira interação com a família é muito importante para a criação de uma relação terapêutica com o cliente/família face à situação da complexidade do seu estado de saúde. O enfermeiro que acompanha o cliente nesta fase torna-se uma referência sempre que ocorra alguma alteração neste processo de doença.

Neste sentido, sentimos que a necessidade de elaborar um questionário para consulta telefónica após as 24h da cirurgia, seria muito pertinente para a validação e esclarecimento de dúvidas dos ensinamentos ministrados nesta fase.

No que diz respeito à **competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação**, a participação em vários simulacros permitiu-nos identificar vários tipos de catástrofe e a importância de conhecer os planos e os princípios de atuação, pois uma gestão eficaz das emergências pode ajudar a prevenir uma catástrofe total (SHEEHY, 2001).

Foi muito importante para a nossa aprendizagem, perceber os diferentes tipos de atuação em situação de catástrofe em contextos diferentes; na comunidade, em que desconhecia como um profissional de saúde poderia atuar e os vários modelos de prestação de cuidados; e num hospital onde conhecia o Plano de Emergência Interno e sabia como atuar e posicionar.

O simulacro em sala de aula, foi muito pertinente, pois foi a aplicação de todos estes conhecimentos num cenário de catástrofe desconhecido, onde tivemos que planear a resposta diante as pessoas em situação de emergência

multi-vítima e fazer a gestão dos cuidados perante a situação de catástrofe apresentada.

**Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

A infeção nosocomial é a infeção mais comum nos hospitais e corresponde a uma das principais causas de morte e aumento da morbilidade nos clientes hospitalizados (SHEEHY, 2001).

Como já referimos anteriormente, durante o estágio estivemos muitas vezes em sala de BO, em que a esterilização e a limpeza são cruciais para o sucesso da cirurgia. É da competência do enfermeiro verificar a higienização das instalações e ser responsável pelo percurso de esterilização dos materiais utilizados durante a cirurgia, liderando assim os procedimentos de controlo de infeção, de acordo com normas de prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde ao cliente numa situação crítica.

Os questionários realizados em consulta telefónica, das 24h e do sétimo dia, englobam também perguntas relacionadas com a ferida cirúrgica e o penso operatório, de forma a monitorizar a existência de sinais inflamatórios.

O nosso PDA refere-se aos ensinamentos aos clientes na fase pós-cirúrgica, sendo que o ensino sobre a higienização das mãos e o controlo de infeção são umas das formas de prevenir complicações, pelo que esta competência será também desenvolvida no referido projeto.

Somos há mais de 10 anos elemento de ligação ao GCL-PPCIPRA no serviço, pelo que estamos constantemente atualizados acerca das normas e procedimentos relacionados com a infeção hospitalar, colaboro nos trabalhos elaborados por este grupo, participo em cursos de formação e realizo formações à equipa de enfermagem. Anualmente elaboramos um projeto de prevenção/controlo da infeção no meu serviço, de forma a dar resposta às necessidades encontradas para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

## 4.3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa tem como alvo a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida, e a sua família ou cuidadores, preservando a sua dignidade e procurando maximizar a sua qualidade de vida, diminuindo o sofrimento (OE, 2011).

O enfermeiro tem a responsabilidade da satisfação das necessidades que estes clientes apresentam, é por isso necessário que seja realizada uma avaliação dessas mesmas necessidades e capacidades do cliente, da sua situação física, psicológica, social e financeira (MONAHAN et al., 2010). Após esta avaliação o enfermeiro consegue identificar quais as maiores dificuldades que os clientes e família apresentam, permitindo desta forma a elaboração de um plano de cuidados de acordo com as necessidades identificadas (PHIPPS et al., 2003).

Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida dos clientes e das suas famílias/cuidadores que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção, avaliação e controlo da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (MONAHAN et al., 2010). Estes cuidados são pilares fundamentais, no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram na mesma missão e objetivos (OE, 2011).

“A filosofia dos cuidados paliativos apoia o objectivo a longo prazo, de criar uma experiência personalizada para cada doente, em fase terminal. Estes cuidados são designados por cuidados paliativos e dão uma oportunidade para o crescimento, qualidade de vida e morte com dignidade. Além disso, salientam a importância de o doente e a família viverem cada dia da forma mais plena possível” (MONAHAN et al., 2010, p.161).

**Competência L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os**

**contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.**

Os clientes do SANE são principalmente crónicos, na grande maioria insuficientes renais terminais. Ao realizar ensinamentos numa fase pós-operatória aos clientes e família ou cuidadores, o enfermeiro consegue através do diálogo e durante a relação terapêutica que se inicia, identificar as necessidades que estes clientes com doença crónica terminal e seus familiares ou cuidadores apresentam, e desta forma permitir promover intervenções específicas, nos cuidados a estes clientes terminais, como é o caso dos cuidados ao AV, pois este é um pilar fundamental para a sua sobrevivência e qualidade de vida.

Durante estes momentos de partilha com o cliente e família ou cuidadores, em que são feitos os ensinamentos e esclarecemos dúvidas, torna-se também num espaço em que ouvimos as suas angústias, expectativas e receios perante o futuro e na qualidade de vida, tentamos então envolver os familiares e cuidadores neste processo de doença de forma a otimizar resultados na satisfação de algumas necessidades. É importante dar tempo às pessoas para falarem das suas preocupações antes de começarem a lidar com uma nova situação (MONAHAN et al, 2010).

Nas consultas telefónicas do sétimo dia, mais do que a validação de ensinamentos e a monitorização da ferida cirúrgica, identificámos muitas vezes, com o cliente ou o seu familiar ou cuidador, outras necessidades devido à evolução da doença, ouvíamos frases como: “está tudo bem com o penso mas está com mais falta de ar...” ou “está com o corpo mais inchado e as dores aumentaram”. Nestas situações era pedida a colaboração do médico assistente que se encontrava de serviço, ou encaminhávamos para outros serviços, como a urgência, ou então para se apresentarem no dia seguinte no serviço para uma observação médica e de enfermagem.

**Competência L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte.**

Durante o estágio no SANE tentámos sempre promover parcerias terapêuticas com o cliente portador de doença crónica incapacitante e seus familiares ou cuidadores. O facto de demonstrarmos que estamos interessados em ajudar aquela pessoa, que temos tempo para as ouvir, é a maior ajuda que se pode dar, no sentido de adaptar o cliente e família ou cuidadores à nova situação.

Estas conversas informais tornam o enfermeiro como uma referência para aquele núcleo familiar, dirigindo-se a ele sempre que apresentem algumas dúvidas. O que tentámos foi na maioria dos casos promover a autonomia do cliente e o autoconhecimento da própria doença, permitindo assim que o mesmo tenha competências para aprender a viver melhor com a sua doença crónica incapacitante, tal como a família ou cuidadores, pois percebemos os efeitos da natureza do cuidar de pessoas com doença crónica incapacitante.

Tentamos ainda dar um reforço positivo a estes clientes e familiares ou cuidadores, explicando que a hemodiálise é um tratamento crónico, não curativo mas permite manter uma esperança e uma qualidade de vida satisfatória.

“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de : a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; b) Respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa; c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” [Artigo 82º – Dos Direitos à Vida e à Qualidade de Vida (NUNES et al., 2005, p.99)].

## 5 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Para a aquisição do grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, devemos dotar-nos de um conjunto de competências, designadamente no domínio da investigação, da gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e da formação.

Durante este curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, adquirimos as seis competências que passamos a apresentar.

### **1 – Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

A supervisão clínica é a base para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, pois promove a melhoria da qualidade, é o suporte para a formação clínica e consequentemente para a satisfação profissional dos enfermeiros, promovendo assim um aumento da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. O processo de supervisão clínica consiste na monitorização da prática através de procedimentos de reflexão e experimentação (ALARCÃO, TAVARES, 2003).

Durante o estágio e na nossa prática clínica, esta competência está inerente ao processo de enfermagem pelo que é diariamente desenvolvida, indo de encontro ao referido no artigo 9º do REPE, no pto 6, alíneas b) e c) “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente (...) estabelecendo normas e critérios de atuação e propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados” (OE, 2012, p.19).

Os contributos teóricos das Unidades Curriculares lecionadas ao longo deste mestrado, contribuíram para a aquisição e consolidação desta competência, nomeadamente na Unidade Curricular Gestão de Processos e Recursos, nos módulos Liderança de Equipas, pelas noções dos vários tipos de liderança e



gestão de conflitos, no módulo Gestão de Cuidados de Enfermagem pelas noções de gestão nas equipas de enfermagem, no módulo Criação de Empresas, onde pudemos aprender como formar uma empresa tendo em conta os gastos e escassos recursos, sendo esta uma gestão muito virada para a atualidade e no módulo Estratégias de Melhoria da Qualidade, onde aprendemos a elaborar ferramentas de gestão, tais como a análise SWAT e análise FMEA, que nos permitem diagnosticar e gerir problemas.

Na Unidade Curricular Enfermagem, no módulo Sistemas de Informação, no meu caso pessoal, consolidei conhecimentos sobre Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pois na minha prática diária é a base para os registos de enfermagem. A CIPE é um instrumento que facilita a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais de saúde acerca da nossa prática. Facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos clientes, podendo ser utilizada para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem (OE, 2009).

Na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, no módulo Supervisão de Cuidados, elaborámos um trabalho, em que perante um caso clínico, fizemos uma análise do ponto de vista ético, com diagnósticos CIPE, o que nos permitiu desenvolver um raciocínio crítico, fundamentando a tomada de decisão em cuidados complexos.

## **2 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

A formação contínua é indispensável na nossa prática profissional como ao longo da vida. Como enfermeiros mestres e especialistas, temos o dever de nos manter atualizados nos conhecimentos baseados em evidências científicas. Como enfermeiros especialistas temos o dever também de partilhar os nossos conhecimentos com a equipa de enfermagem e ser um fator de mudança de práticas, com vista à melhoria contínua dos cuidados e à excelência do exercício. Esta excelência só é conseguida através da atualização contínua de conhecimentos através da formação, que pode ser em contexto académico ou em serviço. “O dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de

qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios” (NUNES et al., 2003, p.102).

O facto de nos termos inscrito neste curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, demonstra como valorizamos a nossa formação. Também na realização do PDA e do PAC, verificamos quais as nossas necessidades de formação e que foram ajustadas não só a este projeto profissional, como também ao projeto de vida pessoal. O desenvolvimento do PDA foi muito enriquecedor, pois adquiri conhecimentos no manuseamento de bases de dados e posterior avaliação da qualidade dos artigos pesquisados. A realização de uma revisão sistemática da literatura de acordo com fases preconizadas tendo a finalidade a qualidade dos cuidados com o contributo da evidência, foi uma aprendizagem que adquiri ao longo deste mestrado e que até aqui não tinha sido desenvolvida.

Durante o estágio, foi realizada uma ação de formação para a equipa de enfermagem, partilhando conhecimentos, favorecendo a aprendizagem e permitindo o desenvolvimento de competências dos enfermeiros da equipa.

Todas as Unidades Curriculares lecionadas neste mestrado foram determinantes para a aquisição desta competência, promovendo a consolidação de conhecimentos nos seus diferentes módulos, permitindo também adquirir competências para uma aprendizagem ao longo da vida de forma contínua e autónoma. “O termo aprendizagem ao longo da vida abrange uma perspectiva que vai do berço ao leito de morte, reconhecendo que a aprendizagem ocorre em todas as fases da vida, sob formas diferentes e numa variedade de arenas” (NUNES, 2007, p.6).

### **3 – Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

Segundo os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se assim intervenções interdependentes, que são iniciadas por outros profissionais, e as autónomas, que são iniciadas pelos próprios enfermeiros (OE, 2001).

Como referimos anteriormente somos o elemento que substitui a chefia na sua ausência, o que me torna como a pessoa de referência a quem os colegas

da equipa de enfermagem procuram para esclarecimento de dúvidas ou para aspetos relacionados com a gestão de cuidados. Para além dos enfermeiros, também outros elementos da equipa multidisciplinar vêm-me com referência tanto no sentido de resolver aspetos relacionados com o cliente, como com a gestão do próprio serviço.

O desenvolvimento deste trabalho de articulação com a equipa multidisciplinar, é uma mais valia para o cliente, pois todos trabalhamos para o mesmo objetivo – a qualidade dos cuidados. Conforme defendido pela OE (2015, p.105) “a saúde é uma tarefa multidisciplinar, não podendo ser negligenciado o exercício de cada profissional. Daqui se deduz o papel importante de cada ator, não só na definição dos seus padrões de qualidade dos cuidados, mas também no esforço para obter uma melhoria contínua da qualidade em saúde”.

Durante o nosso estágio, muitas vezes necessitámos de pedir a colaboração de outros profissionais da equipa multidisciplinar para prevenir ou avaliar situações de urgência, como em casos que detetávamos nos questionários do sétimo dia, em que o cliente ou mesmo a família nos abordavam com sintomas em que era necessário intervir, promovendo assim a qualidade dos cuidados.

Durante a nossa prática diária, tento sempre partilhar conhecimentos adquiridos com os meus colegas, principalmente no decurso deste mestrado, quando os conteúdos lecionados se aplicavam no contexto da prática, tornando-me assim também uma referência para o esclarecimento de dúvidas, no que respeita à atualização de conhecimentos, aplicando assim conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de enfermagem nos seus diferentes campos de intervenção.

Os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular Gestão de Processos e Recursos, nos módulos Gestão dos Cuidados de Enfermagem e Liderança de Equipas, foi muito pertinente para a consolidação desta competência.

#### **4 – Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Tomada de decisão é “qualquer decisão do âmbito da prática de enfermagem que possa ser tomada com o auxílio de consulta a opiniões médicas e de enfermagem” (MANLEY, BELLMAN, 2003, p.39).

O processo de tomada de decisão do enfermeiro, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Neste sentido, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, planeando intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

Neste processo de tomada de decisão, a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, são muito importantes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Neste contexto insere-se a realização do “Procedimento de Aplicação do Questionário de Avaliação após Cirurgia no SANE”, desenvolvido durante o estágio, avaliando assim uma série de estratégias que vão ajudar o cliente no período pós-operatório, com respeito pelos princípios da autonomia, beneficência e justiça.

Todos estes cuidados na procura da excelência do exercício profissional, visam a satisfação do cliente, conforme defendido no enunciado descritivo dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem sobre a satisfação do cliente (OE, 2001).

Os enfermeiros devem desenvolver o processo de tomada de decisão na sua prática diária. Durante o percurso deste mestrado, sinto que estou mais competente nas minhas tomadas de decisão, conseguindo uma melhor fundamentação para as minhas escolhas, numa perspetiva ética e deontológica, baseados num raciocínio conducente à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Gostaríamos de salientar que a Unidade Curricular Enfermagem no módulo de Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, foi muito importante para desenvolver esta competência, assim como, a Unidade Curricular Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem que foram fundamentais para adquirir e consolidar conhecimentos relativamente à tomada de decisão em enfermagem na sua dimensão ética e jurídica. De realçar também que a Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II no módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, fez-nos refletir sobre a complexidade das nossas decisões tendo em causa questões éticas, legais e deontológicas que muitas vezes estão envolvidas e pelas quais regemos a nossa prática.

## **5 – Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

O REPE (artº 9, pto 5) refere que “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso de enfermagem em particular e da saúde em geral”, neste âmbito uma boa prática de cuidados de enfermagem baseadas na evidência, constitui uma base fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001, p.5).

Neste sentido, a elaboração do “Procedimento de Aplicação do Questionário de Avaliação após Cirurgia no SANE”, durante o estágio, baseado em evidência científica, tem em vista a melhoria contínua da qualidade em saúde, relacionado a prática com a investigação.

Com a elaboração do PDA, foram seguidos os princípios orientadores metodológicos, como o recurso à revisão sistemática da literatura, através da pesquisa de artigos em bases de dados e posteriormente à avaliação da qualidade dos mesmos. Com o seu desenvolvimento, analisámos e implementámos resultados de investigação, dando também contributos da evidência para a resolução do nosso problema, tendo em conta os aspetos éticos, deontológicos e legais, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem.

Tal como refere SHEEHY (2001, p.101) “o objetivo da investigação em enfermagem consiste em fomentar o desenvolvimento das intervenções clínicas de enfermagem que melhorem os resultados, em termos de saúde, e contribuam para uma prestação excelente dos cuidados”. É através da investigação realizada, da análise e implementação de resultados que se contribui para a resolução de problemas, implementando-se medidas corretivas, sempre que necessário, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e da otimização dos resultados em saúde. De acordo com NUNES et al. (2003, p.100) “trabalhar com metodologia científica, baseando e sustentando a prática em estudos de investigação, reforça este “reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”.

É de salientar que a Unidade Curricular Investigação, foi crucial para o desenvolvimento desta competência, dando-nos capacidades para desenvolver e

aprofundar competências metodológicas para o domínio das etapas do processo de investigação.

**6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação de pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.**

Durante o estágio, ao integrarmos a equipa de enfermagem na prestação de cuidados, procuramos identificar problemas, planear intervenções de enfermagem envolvendo sempre o cliente ou a família/cuidadores nos cuidados, de forma a dar resposta às suas necessidades. Durante este período, identificámos uma necessidade da equipa de enfermagem, pelo que a elaboração do procedimento já referido em pontos anteriores, tornou-se muito pertinente. Com o desenvolvimento deste procedimento implementámos novos padrões e procedimentos para a prática no ambiente de trabalho, demonstrando conhecimentos de enfermagem e aplicando-os na prestação de cuidados.

Ao planearmos uma ação de formação para a equipa de enfermagem, mostrámos ser proativos, favorecendo a aprendizagem, partilhando os conhecimentos adquiridos, apresentando resultados baseados em evidência, no sentido do desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Durante a ação de formação, procuramos valorizar as contribuições dos colegas, para que desta forma todos se sintam envolvidos neste processo de mudança de cuidados.

Com a elaboração deste PDA, pensamos ter contribuído para a prática profissional de enfermagem, nomeadamente nas áreas de gestão, investigação e formação, no sentido da melhoria da prestação dos cuidados e enfermagem, bem como na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes. Todas estas atividades vão de encontro do artigo 88º - Da Excelência do Exercício do CDE (NUNES et al., 2005).

De salientar que para o desenvolvimento desta competência de mestre, foram muito importantes os contributos teóricos das Unidades Curriculares Investigação e Ambientes em Saúde.

## REFLEXÃO FINAL

Ao finalizarmos este projeto, pretendemos dar resposta à etapa de Divulgação do Projeto e procedemos a uma reflexão final sobre as aprendizagens adquiridas e sobre a concretização dos objetivos a que nos propusemos atingir.

O PAC foi desenvolvido durante o estágio III que decorreu no SANE, contudo consideramos que os conteúdos aprendidos nas Unidades Curriculares, assim como os conteúdos da nossa pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram um enorme contributo para a aquisição de aprendizagens e competências.

No enquadramento concetual, apresentámos o modelo teórico de June Larrabee, que pretendia sustentar a parte concetual do PDA e do PAC. Foi também realizada uma abordagem acerca da temática escolhida, a cirurgia de ambulatório, tendo por base os estudos selecionados através da metodologia Cochrane. Este é um capítulo muito importante, pois é o ponto de partida para a elaboração do projeto. A escolha da teoria foi difícil, no entanto, consideramos que é a que se adequa melhor na metodologia utilizada para a realização do PDA. Por outro lado, tivemos muita dificuldade em encontrar bibliografia sobre a mesma. Ao longo de todo o relatório tentámos inclui-la de modo a fundamentar a teoria.

No desenvolvimento do PDA foram apresentadas as diferentes etapas da metodologia de projeto, que são o Diagnóstico da Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação. No diagnóstico da situação foi identificado um problema sentido na nossa prática diária, dado que os clientes submetidos a cirurgia a catarata em ambulatório, permanecem pouco tempo internados, sendo os mesmos ou a família, os prestadores de cuidados no domicílio. Daí a importância dos ensinamentos de enfermagem de modo a prevenir complicações. No planeamento do projeto, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, sem metanálise, o que foi muito positivo, pois levou-nos a desenvolver habilidades sobre o processo das revisões sistemáticas da literatura. Ao longo da execução e avaliação do relatório, abordamos a metodologia de trabalho de projeto, sendo algo novo para nós, constituindo assim numa

aprendizagem continua, tanto que a elaboração do PDA tornou-se benéfica e construtiva a nível pessoal como profissional.

No capítulo 4, desenvolvemos as competências comuns dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa, contudo para as atingirmos na sua integridade, houve a necessidade de realização do PAC, tal como descrito no capítulo 3 e deste modo pensamos ter atingido as referidas competências. O fato de o nosso estágio ter decorrido no SANE, teve o propósito de ser um serviço que engloba clientes insuficientes renais que vivem com a cronicidade da sua doença, muitas vezes na fase terminal, tendo por vezes necessidade de se deslocar ao Bloco operatório para construção de acesso vascular, tornando-se clientes críticos nesta fase aguda da doença. A realização de um procedimento do decorrer do estágio para os clientes cirúrgicos, foi uma forma de validação dos ensinamentos ministrados, através de questionários realizados por consulta telefónica com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento tanto do PDA como do PAC, permitiu-nos adquirir conhecimentos e aprendizagens para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Consideramos que foi um desafio superado, no sentido em que conseguimos atingir os objetivos a que nos propusemos, assim como, adquirir as competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Embora tenhamos consciência que ainda temos um longo caminho a percorrer para atingir a excelência do exercício profissional, este foi desafio superado com resultados positivos quer a nível pessoal como profissional, com momentos de aprendizagem únicos em que crescemos e enriquecemos ao longo deste percurso.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP – **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.
- ALARCÃO, I., TAVARES, J. - **Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem**. 2ª ed. Coimbra: Almedina. 2003.
- BOLANDER, V. – Luckman & Sorensen – **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN: 972-96610-6-5.
- BRUNNER, L.; SUDDART, D. – **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1994.
- CASPe. – **Guias CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica**. Alicante. 2005.
- CRAIG, J., SMYTH, R. – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-61-4.
- FORTIN, M. – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- GEORGE, J. – **Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.
- INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Norma Portuguesa: Linhas de Orientação para Auditorias a Sistemas de Gestão**. 2ª ed. 2012.
- LARRABEE, J. – **Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem**. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2011.
- MANICA, J. et al. – **Anestesiologia: Princípios e Técnicas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. – **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-54-1.

- **MONAHAN, F. [et al.] – Enfermagem Médico Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença.** Vol. I. 8 ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN: 978-989-8075-22-2.
- **NUNES, L. [et al.] – Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Linhas Orientadoras para a Elaboração de Catálogos CIPE.** Lisboa Ordem dos Enfermeiros. 2009. ISBN: 978-989-96021-6-8.
- **PHIPPS, W. [et al.] – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica.** Vol. I. 6 ed. Lisboa: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-65-7.
- **POCINHO, M. – Lições de Metanálise: Trabalho de compilação baseado no Modelo Cochrane.** 2008.
- **RAMALHO, A. – Manual para Redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com ou sem metanálise – Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem.** Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-54-9.
- **RAPOSO, A. - Consulta de Enfermagem na Cirurgia da Catarata em Ambulatório: Eficácia da Informação Fornecida.** Barcarena: Universidade Atlântica – ESSA. 2008.
- **ROTHROCK, J.; SMITH, D. – Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- **SHEEHY, S. – Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática.** 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9.
- **STANHOPE, M. [et al.] – Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.** Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3.

## REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- CASEIRO, J. et al. – Procedimentos 2013 – Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório. Oncoanestesia [Em linha]. 2013. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa. [Consult. 24 Mai. 2016] Disponível na internet:<<http://www.oncoanestesia.org/?p=265>>.
- CNADCA - Relatório Preliminar. Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. [Em linha]. (2008). [Consultado 22 Mai. 2016]. Disponível na internet:<[http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio\\_final\\_CNADCA\\_20Out08.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio_final_CNADCA_20Out08.pdf)>.
- CUNHA [et al.] - Ações da Enfermagem no Controle e Tratamento da Catarata: Revisão Integrativa – Revista de Enfermagem [Em linha]. (2014). ISSN: 1981-8963.
- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - Guia do Curso 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ESS/IPS: Ano letivo 2014/2015.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Cirurgia de Ambulatório. Direção Geral da Saúde [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2000. [Consult. 22 Mar. 2016]. Disponível na internet:<[http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao\\_hospitalar/cirurgia\\_ambulatorio.pdf](http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf)>. ISBN: 972-9425-98-1.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Comissões de Controlo de Infecção. Circular Normativa N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007. Direção Geral da Saúde [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007. [Consult. 27 Mai. 2016] Disponível na internet:<[http://www.chuc.min-saude.pt/media/chei/circ\\_normativa\\_18\\_-\\_2007.pdf](http://www.chuc.min-saude.pt/media/chei/circ_normativa_18_-_2007.pdf)>.
- FERREIRA, M. [et al.] – Cuidar em Enfermagem – Percepção dos Utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde Porto [Em linha]. (2009), p.358-366. [Consult. 11 Mai. 2016] Disponível na internet:<[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366\\_FCS\\_06\\_.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf)>. ISSN 1646-0480.6.

- GEORGE, F. [et al.] – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção Geral da Saúde [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013. [Consult. 2 Jul. 2016] Disponível na internet:<<http://pns.dgs.pt/>>.
- LEMOS, P. [et al.] – Patient Satisfaction following day surgery. Journal of Clinical Anesthesia. [Em linha]. Vol. 21. (2008). p. 200-205. [Consultado 25 Mar. 2016]. Disponível na internet:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818009000804>>.
- LIMA, N. – O Desafio da Cirurgia Ambulatória. Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. ISSN 0874-8128. Vol. VII. n.º 19 (2006), p. 13-20.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 110-A/2007. DR 16 SÉRIE I - A de 2007-01-23. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. 21 Mai. 2016] Disponível na internet:<<http://www.bportugal.pt/biblioteca/Catalogo/winlibsrch.aspx?skey=F898B21FE3FB4A37BA56043DE2340868&cap=&pesq=6&thes1=24650&nohist=true&doc=108283>>.
- NUNES, L. [et al.] – Código Deontológico do Enfermeiro – Dos Comentários à Análise de Casos. [Em linha]. 2005. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 24 Mai. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)>.
- NUNES, L. – Janelas da aprendizagem ao longo da vida. Revista PERCURSOS [Em linha]. nº3. (2007), p.6-22. ISSN 1646-5067.
- OLIVEIRA, M. [et al.] – INEM – Situação de Exceção [Em Linha]. 1ª ed. 2012. Lisboa: INEM. [Consult. 2 Mar. 2016] Disponível na internet:<<http://www.inem.pt/files/2/documentos/2013080209503714040.pdf>> . ISBN 978-989-8646-05-7.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Consult. 12 Mai. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROSa – Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Consult. 11 Abr. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013. [Consult. 11 Abr. 2016] Disponível na internet:<[http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf)>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 9 Mar. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROSa – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 9 Mar. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROSb – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 12 Abr. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROSd – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 11 Abr. 2016] Disponível na

internet:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>>.

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009 [Consult. 9 Mar. 2016] Disponível na internet:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>.

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consult. 9 Mar. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)>.

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consult. 17 Mar. 2016] Disponível na internet:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.

➤ ORTOLEVA, C. - An Approach to Consistent Patient Education. AORN Journal [Em linha]. (2010) p.437-444. Disponível na internet:<[doi:10.1016/j.aorn.2010.04.018](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.018)>.

➤ PERCURSOS – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista PERCURSOS [Em linha]. n.º15. (2010), p.1-38. [Consult. 12 Mai. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)>. ISSN: 1646-5076.

➤ PINTO, J., TAVARES, P. - A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de Curry Cabral. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatório. [Em linha] Vol. 6. (2005). p.41-48. [Consultado 22 Mar. 2016]. Disponível na internet:<[http://www.apca.com.pt/documentos/revista2005\\_unidade\\_curry.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/revista2005_unidade_curry.pdf)>.

➤ ROLA, J. [et al.] - Particularidades do Doente em Ambulatório.  
Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses.  
[Em linha]. Vol. 1, nº 3 (2000), p. 5-7.

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1

### PLANEAMENTO DO PROJETO

<b>Estudante:</b> Helena Isabel Fialho Balona	<b>Orientador:</b> Enfª E. M.; Enfª S. T.
<b>Instituição:</b> CHS – Hospital de São Bernardo	<b>Serviço:</b> Hemodiálise
<b>Título do Projeto:</b> A importância do papel do Enfermeiro no ensino ao Cliente submetido a cirurgia a Catarata em regime de Ambulatório	
<b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever o papel do Enfermeiro nos ensinos para a alta no cliente submetido a cirurgia a catarata em Cirurgia de Ambulatório.</li> </ul> <p><b><u>OBJETIVOS Específicos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar uma revisão sistemática da literatura;</li> <li>• Realizar um artigo sobre o tema do projeto;</li> <li>• Divulgar o artigo à equipa de enfermagem.</li> </ul>	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfª Orientadora do Projeto;</li> <li>• Enfª Chefe do serviço de Hemodiálise;</li> <li>• Enfª Orientadora do Estágio.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Data:</b> ____/____/____ <b>Assinatura:</b> _____</p>	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
- Elaborar uma revisão sistemática da literatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulação da questão de pesquisa;</li> <li>- Localização e seleção de estudos;</li> <li>- Avaliação crítica dos estudos;</li> <li>- Recolha de dados;</li> <li>- Análise e apresentação dos dados;</li> <li>- Interpretação dos resultados;</li> <li>- Aprimoramento e atualização.</li> </ul>	Enfª Orientadora do Projeto  Enfª Orientadora do Estágio	Computador Papel Caneta Impressora		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artigos que apresentem boa evidência científica;</li> <li>- Tabela de resumo de estudos.</li> </ul>
- Realizar um artigo sobre o tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do artigo baseado na revisão sistemática da literatura realizada;</li> <li>- Submissão do artigo a uma revista científica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfª Orientadora do Projeto</li> <li>- Enfª Orientadora do Estágio</li> </ul>	Computador Papel Caneta		Publicação em revista

- Divulgar o artigo à equipa de enfermagem	- Apresentação em Sessão formativa.	- Enf <sup>a</sup> Orientadora do Projeto  - Enf <sup>a</sup> Orientadora do Estágio	Computador  Videoprojetor		Avaliação da formação pelos formandos
--	-------------------------------------	--	---------------------------------	--	---------------------------------------

**Cronograma:**

	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO
Diagnóstico da Situação				
Planeamento do Projeto				
Formulação da questão da pesquisa				
Pesquisa em bases de dados				
Construção da tabela de resumo de dados				
Análise e apresentação dos dados				
Interpretação dos resultados				
Aprimoramento e atualização dos dados				
Elaboração de um artigo				
Apresentação do artigo em sessão formativa				

**Orçamento:**Recursos Humanos:

Não existem gastos com recursos humanos.

Recursos Materiais:

Gastos com a impressão de documentação.

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

- Escassez de literatura acerca do tema:
  - Pesquisar em bases de dados fidedignas.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Docente: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### TABELA DE RESUMO DOS ESTUDOS

<b>Autor</b>	<b>Data</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Palavras-Chave</b>
Nunes, Emanuelle et al.	2014	Ações de enfermagem no controle e tratamento da catarata: revisão integrativa	Revisão sistemática	Enfermagem Catarata Cirurgia de ambulatório
Raposo, Anabela	2008	Consulta de enfermagem na cirurgia da catarata em ambulatório: eficácia da informação fornecida	Estudo qualitativo-quantitativo, exploratório, transversal e não experimental	Enfermagem Informação Catarata Cirurgia de ambulatório
Ortoleva, Catherine	2010	An approach to consistent patient education	Estudo transversal observacional	Ensino Pós-operatório clientes Formas de ensino Clientes



## APÊNDICE 3

### GRELHA CASP PARA A SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Estudos	1. Há declaração clara dos objetivos?	2. O método qualitativo é apropriado?	3. O desenho do estudo é adequado para responder aos objetivos?	4. A estratégia de recrutamento dos participantes foi adequada aos objetivos do estudo?	5. A recolha de dados foi feita de modo a abordar a questão de investigação?	6. A relação entre investigador e participante foi devidamente considerada?	7. Os aspetos éticos foram tidos em consideração?	8. A análise de dados foi suficientemente rigorosa?	9. Há uma declaração clara dos resultados?	10. Qual o valor da investigação?
Ações de enfermagem no controle e tratamento da catarata: revisão integrativa	Sim	Sim	Revisão sistemática que aborda os cuidados ao cliente submetido a cirurgia da catarata, usando as palavras-chave catarata, cegueira, cirurgia ambulatorial e enfermagem	Realizadas pesquisas nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo (entre 2004 e 2011)	Os estudos selecionados estavam relacionados com a temática a ser investigada e assim sendo foram de encontro à questão de investigação	Sim, pois tratando-se de uma revisão o investigador apenas se baseou nas evidências obtidas nos artigos	Os artigos pesquisados encontravam-se em bases de dados de acesso facilmente disponível	Os dados foram bem analisados	Os resultados estão bem explícitos	Os artigos pesquisados foram de encontro aos objetivos do estudo
Consulta de	Sim	Sim	Estudo transversal	Foram aplicados	As questões	A relação entre o	Nos questionários	Há uma análise	Os resultados	O estudo permitiu

enfermagem na cirurgia da catarata em ambulatório: eficácia da informação fornecida			que avalia a eficácia da informação aos clientes submetidos a cirurgia da catarata	questionários a 30 clientes que foram preenchidos pelo investigador	do questionário vão no sentido de dar resposta à questão de investigação	investigador e os participantes foi bem estipulada	foram salvaguardados os aspetos éticos inerentes a este tipo de estudos	detalhada dos dados obtidos no estudo e devidamente estruturados	são descritivos e devidamente estruturados	saber a eficácia da informação transmitida na consulta e a utilidade de manter essa consulta
An approach to consistent patient education	Sim	Sim	Estudo transversal e observacional aplicando formulários no sentido de informar os clientes submetidos a cirurgia da catarata	Foram aplicados os formulários a clientes submetidos a cirurgia da catarata	A aplicação dos formulários abordou a práticas baseadas na evidência e a importância da informação aos clientes submetidos a cirurgia da catarata	O tipo de formulário utilizado ajudou a minimizar as dúvidas dos clientes sobre a sua cirurgia	Os formulários elaborados salvaguardam os aspetos éticos relativos ao cliente	Há uma descrição de todo o processo e é feita a apresentação dos formulários elaborados	Os resultados são descritivos, embora não apresente o número de casos estruturados	Os resultados demonstram que os clientes submetidos a cirurgia da catarata compreendem melhor a sua situação e participam nos cuidados pós-operatórios

## APÊNDICE 4

### ARTIGO CIENTÍFICO

# **O Papel dos Enfermeiros nos Ensinos ao Cliente/Família Submetidos a Cirurgia a Catarata em Regime de Ambulatório**

Elsa Monteiro<sup>1</sup>

Helena Balona<sup>2</sup>

## **RESUMO**

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS, realizou-se um Projeto de Desenvolvimento Académico, tendo por base a Metodologia de Trabalho de Projeto desenvolvido nas suas diferentes etapas. A temática incidiu sobre o Papel dos Enfermeiros nos Ensinos para a Alta em Clientes Submetidos a Cirurgia a Catarata em Regime de Ambulatório e teve como objetivo geral adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre os ensinos para a alta em clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório, de modo a contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados a estes clientes.

O aumento do número de cirurgias de ambulatório, tem sido muito significativo. A maioria dos clientes pernoita após a cirurgia, com exceção dos clientes submetidos a cirurgia a catarata, que têm alta para o domicílio algumas horas após a cirurgia, o que leva a uma necessidade de continuidade dos cuidados, muitas vezes assegurados pelos próprios clientes ou pelas famílias. Neste sentido torna-se de extrema importância o papel dos enfermeiros nos ensinos ao cliente/família, de modo a promover a continuidade dos cuidados de saúde e a sua preparação para a alta.

---

<sup>1</sup> Enfermeira do Serviço W do Hospital Z, mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<sup>2</sup> Enfermeira, do Serviço X, do Hospital Z, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

**Palavras-chave:** Cirurgia de Ambulatório, Ensinos Pós-Operatórios Enfermagem, Catarata, Metodologia de Trabalho de Projeto.

## **ABSTRACT**

Within the scope of the 4th Masters in Medical and Surgical Nursing at the ESS of the IPS, a Project for Academic Development was carried out, based on the Project Work Methodology developed in its different stages. The thematic focused on the Role of Nurses during the tuition for Discharge to Clients Submitted to Cataract Surgery in Ambulatory Regimen and has as a general objective to acquire theoretical and practical knowledge about the teachings used during the discharge in clients undergoing cataract surgery under ambulatory regimen in order to contribute to the quality and safety of the nursing care provided to these clients.

The increase in the number of outpatient surgeries has been very significant. Most clients stay overnight after surgery, with the exception of clients undergoing cataract surgery, who are discharged home a few hours after surgery, which leads to a need for continuity of care, often assured by the clients themselves or by their families. In this sense, the role of nurses in teaching the client / family becomes extremely important, in order to promote continuity of health care and their preparation for discharge.

**Keywords:** Ambulatory Surgery, Post-Operative Teaching Nursing, Cataract, Project Work Methodology.

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, módulo de estágio III, integrados no Plano Curricular do 4.º Mestrado em Enfermagem

Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, realizámos um Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA), tendo como base a Metodologia de Projeto. A Metodologia de Projeto baseia-se

“numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (FERRITO, 2010, p. 2). Segundo o mesmo autor é constituída por cinco etapas: 1º Diagnóstico da Situação; 2º Definição de Objetivos; 3º Planeamento; 4º Execução e Avaliação e 5º Divulgação dos Resultados.

Para a elaboração do PDA foi identificado um problema através do diagnóstico da situação, seguidamente foi efetuado o planeamento das atividades que seriam desenvolvidas para atingir os objetivos propostos e os correspondentes indicadores de avaliação, posteriormente foi desenvolvido, executado e avaliado.

Este projeto surgiu na necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os ensinamentos ministrados aos clientes submetidos a cirurgia da catarata em regime de ambulatório, visto terem uma curta permanência no hospital. Como

profissionais de saúde devemos estar munidos de um conjunto de saberes e bases científicas para que consigamos promover uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Ao longo do trabalho, será abordada a teoria de June Larrabee – o Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidências, de forma a encontrar uma base teórica que fundamenta o PDA, será então desenvolvido o problema por nós detetado e o que foi realizado, no sentido de atingir os objetivos definidos (atividades e estratégias) e a metodologia Cochrane, que é a metodologia utilizada para as revisões sistemáticas da literatura.

## **ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA**

A Cirurgia de Ambulatório (CA) pode ser definida como “uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, regional ou local, que embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode e deve ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo

de vinte e quatro horas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A prática de enfermagem perioperatória em contexto de CA, constitui uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada cliente (...) Na Cirurgia Ambulatória o cliente é um fim em si mesmo. Todos os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar são programados individualmente tendo como actores principais o cliente e sua família (LIMA, 2006 p. 14).

Deste modo, segundo a ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES (AESOP) (2006) através da CA os benefícios psicológicos, sócio-familiares e económicos são evidentemente superiores à cirurgia convencional. Isto deve-se ao tratamento cirúrgico ser mais rápido, assim como o período pós-operatório mais personalizado, pois as pessoas permanecem pouco tempo institucionalizadas, não se afastando muito da sua rotina diária, sendo o próprio cliente e seus familiares participantes ativos no

plano de cuidados. Como o tempo de internamento é menor, a suscetibilidade a infeções pós-operatórias e o trauma do internamento é igualmente inferior.

Com base no conceito de Enfermagem Perioperatória, o papel do enfermeiro vai desenvolver-se ao longo de três fases operatórias (AESOP, 2006):

- Período Pré-Operatório: Consulta de Enfermagem e Acolhimento;
- Período Intra-Operatório: Sala de Operações;
- Período Pós-Operatório: Recobro e Domicílio.

No período pré-operatório é realizada uma consulta de enfermagem no sentido de ajudar o cliente a preparar-se para a experiência cirúrgica, estabelecendo uma relação de empatia e de ajuda com o cliente e/ou família. Também aqui se efetuam ensinamentos. É através destes e do esclarecimento de dúvidas, que o enfermeiro contribui para a diminuição do nível de ansiedade e medo do cliente e sua família. Deste modo, o cliente e sua família sentem-se à vontade para



colocar todo o tipo de questões, contribuindo para um período perioperatório mais tranquilo e favorável à recuperação. É importante fornecer ao cliente toda a informação necessária ao autocuidado nas fases pré e pós-operatórias, validando sempre a apreensão da informação transmitida. De acordo com ROTHROCK, SMITH (1997) esta educação efetuada ao cliente e seus familiares é fundamental na CA. Isto porque a responsabilidade da maioria dos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios pertence ao cliente e sua família, pelo que toda a informação fornecida a estes deve ser bem compreendida por todos.

Os cuidados de enfermagem neste período são idênticos aos cuidados prestados na cirurgia convencional na sala de operações, embora o tempo de internamento seja relativamente curto.

Durante o recobro o período pós-operatório pode ser dividido em duas fases, conforme ROTHROCK (2008) refere, a primeira fase é a recuperação da anestesia e a segunda fase é a etapa de readaptação ao ambiente onde a

pessoa é encorajada a sentar, andar de pé, urinar e deambular. A mobilização precoce é outro aspeto importante para a alta do cliente. Esta deve ser iniciada assim que a pessoa se sinta capaz de levantar e tolerar o levante, sendo tal efetuado sob supervisão para o caso de se verificar uma resposta vasovagal (MANLEY, BELLMAN, 2003).

Quando o cliente é transferido para o recobro tardio, o familiar que está a acompanhá-lo é chamado para junto dele, permanecendo o restante período de internamento consigo. Deste modo, os familiares ficam menos ansiosos com a espera e o cliente percebe que se está a aproximar o momento da alta. O ensino é então efetuado a ambas as pessoas, visto o cliente ficar sob a responsabilidade do familiar. O enfermeiro deve ter o cuidado de adaptar a linguagem ao nível sócio-cultural do cliente e família, no sentido destes compreenderem a informação que lhe é transmitida, não surgindo dúvidas sobre os cuidados a ter no domicílio, nomeadamente no caso de surgirem complicações.

As informações fornecidas pelos enfermeiros aos

clientes/famílias submetidos a CA, são as que mais preocupações levantam pois dispõem de um tempo limitado para o fornecimento de informações. Devido a este fato e de acordo com MANLEY, BELLMAN (2003), é necessário perceber os fatores que afetam a informação: quantidade de informação; oportunidade de fornecer informação; relevância da informação; método de comunicação; barreiras à comunicação como ansiedade, stress, acuidade auditiva, ...; idioma.

A informação eficaz melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia. Esta informação deve ser fornecida de forma clara e organizada, procurando sempre a personalização da mesma (LEMOS et al. 2006).

No caso específico dos clientes submetidos a catarata em regime de ambulatório, os ensinamentos passam por:

#### No período pré-operatório:

- Certificar se as lentes de contacto foram retiradas em clientes que as usem, pois as lentes alteram

a curvatura do olho e podem comprometer o resultado final da cirurgia;

- Se o cliente administrou algum vasodilatador;

- Se está em jejum com um período mínimo de 4 horas (CUNHA et al., 2014).

#### No período pós-operatório:

- Numa fase inicial objetos e cores podem estar distorcidos, assim como ter visão dupla;

- Vai haver uma melhoria gradual da visão nas próximas semanas à cirurgia;

- Não pode coçar o olho ou trabalhar em locais com muito pó pelo menos 1 semana após a cirurgia;

- Pode iniciar a sua dieta normal assim como os medicamentos do domicílio;

- Não pode conduzir nem beber álcool nas primeiras 24h;

- Pode lavar a área circundante ao olho,

pálpebras e pestanas, mas não pode deitar a água para dentro do olho operado (ORTOLEVA, 2010);

- Só poderá baixar a cabeça após autorização médica;
- A leitura só é recomendada 5 dias após a cirurgia;
- Evitar atividades que exijam esforços físicos;
- Não é recomendada ir à praia ou piscina para evitar traumas, além de que estes ambientes podem ser fontes de infeções;
- Deve-se usar óculos escuros durante o dia, já que o olho encontra-se sensível à luz (CUNHA et al., 2014);
- Sempre que for limpar o olho ou aplicar colírios, deverá sempre higienizar as mãos de modo a prevenir infeções.

(RAPOSO, 2008)

A teoria relaciona-se com a prática e a investigação, orientando assim a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo determinados fenómenos

(GEORGE, 2000). Os Padrões da Qualidade dos Cuidados destacam quatro conceitos principais para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a pessoa; a saúde; o ambiente e os cuidados de enfermagem, enquadrando conceitualmente as metaparadigmas da Enfermagem [ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2001].

Para a prática de enfermagem é fundamental a aplicação de teorias, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos clientes. A Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido uma teoria cada vez mais defendida, pois conjuga a prática clínica com a melhor evidência clínica que advém da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa decisão (LARRABEE, 2011), esta teoria enquadra-se no modelo de June Larrabee, sendo por isso esta a nossa escolha da teórica a seguir neste trabalho.

June Larrabee desenvolveu dois modelos teóricos: o Modelo Teórico da Qualidade e o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência (MMPBE). A MMPBE segundo LARRABEE (2011, p.35) é desenvolvida em seis etapas: 1.

Avaliar a necessidade de mudança da prática; 2. Localizar as melhores evidências; 3. Fazer uma análise crítica das evidências; 4. Projetar a mudança da prática; 5. Implementar e avaliar a mudança da prática; 6. Integrar e manter a mudança da prática.

A pesquisa em enfermagem é essencial para a procura da excelência dos cuidados e da qualidade, com os melhores resultados nos clientes. A integração de sistemas de pesquisa permite o desenvolvimento pessoal, profissional e incentiva boas práticas. A pesquisa tem como funções: identificar oportunidades para melhorar a prática utilizando fontes de informação, criar e melhorar os processos de tomada de decisão, conduzir pesquisas clinicamente relevantes, modificar os padrões de cuidados e melhorar a prática (LARRABEE, 2011).

## **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**

A PBE tem por base os problemas identificados durante a prática clínica. Quando se inicia um projeto é necessário definirmos um problema, este surge da observação direta, de investigações ou problemas anteriores. Ao definirmos

um problema este deve ser avaliado quanto à sua pertinência e qualidade, pelo que deve ser: “concreto e real; reunir condições para o estudo (recursos técnicos e materiais, disponibilidade por parte do contexto onde é realizado); ser operacionalizado através de uma hipótese científica; ser relevante para a teoria e/ou prática; estar formulado de forma clara e perceptível por outros investigadores” (NUNES, 2010, p. 12).

Na nossa prática profissional exercemos funções num serviço cirúrgico, onde o aumento do número de cirurgias de ambatório, tem sido muito significativo. A maioria dos clientes pernoita após a cirurgia, o que faz com que tenham uma maior vigilância no período pós-operatório, com exceção dos clientes submetidos a cirurgia a catarata, que têm alta para o domicílio algumas horas após a cirurgia, o que leva a uma necessidade de continuidade dos cuidados, muitas vezes assegurados pelos próprios clientes ou pelas famílias. Neste sentido torna-se de extrema importância o papel dos enfermeiros nos ensinamentos ao cliente/família, de modo a promover a continuidade dos

cuidados de saúde e a sua preparação para a alta.

Os enfermeiros têm um papel significativo na alta do cliente para o domicílio. Em todo este processo de cuidados deve-se dar abertura à participação da família, integrando-a no plano terapêutico, de modo a que esta adquira capacidades e conhecimentos para cuidar do seu familiar no domicílio, no sentido de promover a continuidade dos cuidados à pessoa até à sua recuperação.

De acordo com os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE (2001, p.8-9) “os cuidados de enfermagem tomam foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa viva e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo, prevenir a doença e promover processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de

processos de aprendizagem do cliente”.

Neste sentido, e como profissionais de saúde, necessitamos de um conjunto de saberes científicos, que nos permitirão cuidar destes clientes de forma segura e com qualidade, daí que identificámos como problema: Défice de conhecimentos na área dos ensinamentos ministrados pelos enfermeiros ao cliente submetido a cirurgia a catarata em regime de ambulatório aquando o momento da alta.

## DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos pretende que o problema identificado anteriormente, seja descrito sucintamente de forma a definir o problema, promovendo a formulação clara dos objetivos. Estes objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar e podem ir desde o geral ao mais específico (NUNES, 2010).

Como Objetivo Geral definimos: “Adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre os ensinamentos para a alta em clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório, de modo a contribuir para a qualidade e segurança dos

cuidados de enfermagem prestados a estes clientes”.

Como Objetivo Específico pretendemos: Realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, sobre os ensinos para a alta em cirurgia de ambulatório.

## PLANEAMENTO

As atividades desenvolvidas estão relacionadas com os objetivos a que nos propomos atingir e vão no sentido para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório.

Passamos agora a apresentar as atividades correspondentes ao objetivo delineado:

### Objetivo Específico

**1 - Realizar uma revisão sistemática da literatura sem metanálise, sobre os ensinos para a alta em cirurgia de ambulatório.**

#### Atividades a desenvolver

1.8 Formulação da questão de pesquisa;

1.9 Localização e seleção de estudos;

1.10 Avaliação crítica dos estudos;

1.11 Recolha de dados;

1.12 Análise e interpretação dos dados;

1.13 Interpretação dos resultados;

1.14 Aprimoramento e atualização.

#### Indicadores de avaliação:

Para este objetivo traçamos os artigos que apresentem boa evidência científica. Para desenvolvermos estas atividades necessitamos de recursos materiais como o computador, papel, caneta e impressora.

## EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta é a quarta etapa da metodologia de projeto e “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (NUNES et al., 2010, p.23)

Durante a fase da execução “é necessária a procura de dado, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos”

(NUNES et al., 2010, p. 23). A avaliação do projeto “deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (NUNES et al., 2010, p.24).

A elaboração do PDA teve como base as orientações definidas pela Cochrane Handbook for Systematic of Interventions, no que diz respeito à revisão sistemática da literatura (sem metanálise), onde são disponibilizados recursos e conhecimentos para planear, conduzir e divulgar a revisão. Uma revisão sistemática para LARRABEE (2011, p. 7) “é uma análise crítica, feita com a utilização de uma metodologia rigorosa, de pesquisas originais identificadas por uma busca abrangente da literatura (...) apresenta conclusões sobre as melhores evidências actuais sobre um tópico”

A nossa metodologia apresenta os seguintes passos: a) elaboração de uma questão bem definida; b) localização e seleção de estudos; c) avaliação crítica dos estudos; d) recolha de dados; e)

análise e apresentação dos dados; f) interpretação dos resultados e g) aprimoramento e atualização (POCINHO, 2008).

Elaboração de uma questão bem definida: A pergunta de partida é das etapas mais importantes desta metodologia, onde devem ser definidos os clientes, a doença e a intervenção terapêutica. No nosso projeto definimos como pergunta de partida: “Os ensinos de enfermagem são importantes para a alta dos clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de cirurgia de ambulatório?”.

Localização e seleção de estudos e avaliação crítica dos estudos: Esta etapa incide em identificar os estudos relevantes após pesquisa em base de dados científicas eletrónicas (POCINHO, 2008), como a Medline, Lilacs, Cochrane Controlled Trials Database, Pubmed, B-on, Scielo, entre outras. Cada um dos estudos deverá estar claramente identificado em relação ao método que se utilizou para o encontrar.

Após termos formulado a questão da investigação, é necessário elaborarmos critérios de inclusão e exclusão. Estes critérios correspondem à população de

clientes, intervenções, resultados, devem estar específicas as datas de publicação que vão ser pesquisados, o desenho e tipo de estudos, localização geográfica e tipo de local de cuidados de saúde (LARRABEE, 2011).

Os **critérios de inclusão** que definimos referem-se a estudos publicados após o ano 2000, tanto em língua portuguesa como em inglesa, estudos apenas de cirurgia da catarata em adultos, estudos sobre os ensinos/cuidados de enfermagem no pós-operatório em CA, estudos com evidência científica, tanto qualitativos como quantitativos.

Nos **critérios de exclusão** definimos os artigos publicados anteriormente ao ano 2000, estudos sobre cirurgia a catarata em crianças e estudos sobre os cuidados de enfermagem pós-cirúrgica que não fossem em CA.

Durante a pesquisa nas bases de dados de estudos relacionados com a temática, foram selecionados 21 estudos. Ao analisarmos os seus resumos e com a aplicação da totalidade dos critérios de inclusão e exclusão, ficámos com um total de 6 artigos. Destes 6 artigos e tendo em conta

as palavras-chave, ficamos com um total de 3 artigos que estão mais centrados na nossa temática do projeto e que iam ao encontro das nossas necessidades de aquisição de conhecimentos. Tal como refere LARRABEE (2011, p.98) “pesquisa é a investigação rigorosa, sistemática para desenvolver ainda mais o conhecimento existente e produzir novos conhecimentos para instruir a prática”.

#### Recolha de dados/análise e apresentação dos dados/interpretação dos resultados:

A decisão de juntar estas três fases prende-se ao fato que ao recolhermos os dados dos estudos, analisando os mesmos e interpretando os resultados, conseguimos realizar um enquadramento concetual acerca dos ensinos/informação fornecida aos clientes submetidos a cirurgia a catarata em regime de ambulatório e concretizar a elaboração de um artigo científico tendo como base a revisão dos estudos selecionados.

A recolha de dados é a etapa onde são recolhidos um conjunto de informações pertinentes sobre cada estudo, com o objetivo de alcançar o rigor científico. A análise e apresentação dos dados



deverá ser pré-estabelecida no projeto, assim como a sua apresentação de forma a facilitar o raciocínio do leitor. Na interpretação dos resultados, as conclusões são elaboradas de forma clara e concisa, culminando com a entrega e defesa do relatório de projeto (POCINHO, 2008).

Aprimoramento e Atualização da Revisão: Embora seja o último passo da nossa metodologia de projeto, o nosso trabalho não se encontra finalizado, pois será ainda submetido a comentários e sugestões que nos permitirá melhorar a qualidade do mesmo. Para POCINHO (2008), a realização de uma revisão sistemática da literatura, sem metanálise, compreende a necessidade de alguns recursos, conhecimentos e habilidades por parte do revisor, assim como o tempo despendido na concretização do projeto.

## **DIVULGAÇÃO DO PROJETO**

Para a avaliação de um trabalho de projeto existe a necessidade de proceder à divulgação dos resultados, que é o finalizar de todas as etapas.

A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto, pelo que deve ser planeada, com a finalidade de informar o público, favorecer o retorno da informação de modo a adaptar o material ou o método utilizado, entre outros, neste sentido a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto de modo a possibilitar a discussão das estratégias adotadas na resolução do problema (NUNES, 2010).

Como forma de divulgação, foi então elaborado este relatório onde se insere a metodologia utilizada para a resolução do problema.

## **CONCLUSÃO**

No desenvolvimento deste projeto foram apresentadas as diferentes etapas da metodologia de projeto, que são o Diagnóstico da Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação. No diagnóstico da situação foi identificado um problema sentido na nossa prática diária, dado que os clientes submetidos a cirurgia a catarata em ambulatório, permanecem pouco tempo internados, sendo os mesmos ou a família, os prestadores de cuidados no

domicílio. Daí a importância dos ensinamentos de enfermagem de modo a prevenir complicações. No planeamento do projeto, foi realizado uma revisão sistemática da literatura, sem metanálise. Ao longo da execução e avaliação do relatório, abordamos a metodologia de trabalho de projeto.

A investigação e a formação contribuem para o desenvolvimento contínuo da profissão e ajudam na tomada de decisões adequadas e fundamentadas para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento do PDA, permitiu-nos adquirir conhecimentos e aprendizagens para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Embora tenhamos consciência que ainda temos um longo caminho a percorrer para atingir a excelência do exercício profissional, este foi desafio superado com resultados positivos quer a nível pessoal como profissional, com momentos de aprendizagem únicos em que crescemos e enriquecemos ao longo deste percurso.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP – **Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.
- CUNHA [et al.] - Ações da Enfermagem no Controle e Tratamento da Catarata: Revisão Integrativa – Revista de Enfermagem [Em linha]. (2014). ISSN: 1981-8963.
- FERRITO, C. [et al.] – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista PERCURSOS [Em linha]. n.º15. (2010), p.1-38. [Consult. 12 Mai. 2016] Disponível na internet:<[http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)>. ISSN: 1646-5076.
- GEORGE, F. [et al.] – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção Geral da Saúde [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013. [Consult. 2 Jul. 2016] Disponível na internet:<<http://pns.dgs.pt/>>.

- LARRABEE, J. – **Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem**. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2011.
- LEMOS, P. [et al.] – Patient Satisfaction following day surgery. Journal of Clinical Anesthesia. [Em linha]. Vol. 21. (2008). p. 200-205. [Consultado 25 Mar. 2016]. Disponível na internet: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818009000804>>.
- LIMA, N. – O Desafio da Cirurgia Ambulatória. Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. ISSN 0874-8128. Vol. VII. n.º 19 (2006), p. 13-20.
- MANLEY, K.; BELLMAN, L. – **Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-54-1.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 110-A/2007. DR 16 SÉRIE I - A de 2007-01-23. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. 21 Mai. 2016]
- Disponível na internet: <<http://www.bportugal.pt/biblioteca/Catalogo/winlibsrch.aspx?skey=F898B21FE3FB4A37BA56043DE2340868&cap=&pesq=6&thes1=24650&nohist=true&doc=108283>>.
- NUNES, L. [et al.] – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista PERCURSOS [Em linha]. n.º15. (2010), p.1-38. [Consult. 12 Mai. 2016] Disponível na internet: <[http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)>. ISSN: 1646-5076.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consult. 17 Mar. 2016] Disponível na internet: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20>

%20padroes%20de%20quali  
dade%20dos%20cuidados.pdf  
>.

- POCINHO, M. – **Lições de Metanálise: Trabalho de compilação baseado no Modelo Cochrane**. 2008.
- RAPOSO, A. - **Consulta de Enfermagem na Cirurgia da Catarata em Ambulatório: Eficácia da Informação Fornecida**. Barcarena: Universidade Atlântica – ESSA. 2008.
- ROTHROCK, J.; SMITH, D. – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.



## APÊNDICE 5

### PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO APÓS CIRURGIA NO SANE

## 1. Objectivo

[Avaliar o Estado Clínico do doente e a eficácia da cirurgia no SANE através da aplicação de um questionário. ]

## 2. Campo de aplicação

[Todos os doentes submetidos a construção de primeiro AV para hemodiálise ou manutenção do mesmo.

Todos os enfermeiros do SANE responsáveis pela aplicação do questionário. ]

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

[AV – Acesso Vascular

BO – Bloco Operatório

FAV – Fistula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

SANE – Serviço Ambulatório de Nefrologia

### a. Definições

**Hemodiálise** - é um tratamento substitutivo da função renal extracorporal, em que o sangue é depurado no exterior do organismo, com o auxílio de equipamento específico. Contudo, para a sua realização são necessários requisitos básicos de várias ordens, nomeadamente a nível tecnológico, operacional, organizacional, bem como, profissionais de saúde que cuidem destes doentes e apliquem o tratamento de HD, de forma a manter qualidade de vida das pessoas que padecem desta doença.

**Acesso Vascular** - possibilita aceder a rede vascular da pessoa ao equipamento externo para efetuar o tratamento de HD. Desta forma, é possível extrair o sangue da pessoa, rico em toxinas, depurá-lo externamente e ser novamente recolocado no organismo da pessoa.

**FAV** – é a união cirúrgica de uma artéria com uma veia periférica, com o objectivo de o sangue arterial percorra a veia, para facilitar a sua cateterização.

Normalmente, são utilizadas para a construção da FAV, a nível do braço, a artéria umeral (ou braqueal) e a veia cefálica ou basilíca.

a) Distais: aquelas realizadas abaixo da prega do cotovelo, com apenas uma anastomose vascular e utilizando somente artérias e veias da região.

b) Proximais: aquelas realizadas na região da prega do cotovelo, com apenas uma anastomose vascular e utilizando somente artérias e veias da região.

**Prótese** - Fístula arteriovenosa com interposição de segmento de politetrafluoretileno expandido (PTFE): realizadas através de ato cirúrgico e interposto segmento de PTFE entre uma artéria e uma veia independente do local anatómico. ]

#### 4. Referências

CHKS, Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação (4ª Edição, Julho de 2013);

[HENRIQUES, S. (1997). Acessos vasculares para hemodiálise. In C. d. Renais, Manual de hemodiálise. Lisboa: Quadricor.

PONCE, P. (1997). Acesso à Diálise: A natureza do problema. In P. Ponce, Acesso à diálise, a perspectiva nefrológica. Lisboa: Quadricor. ]

#### 5. Responsabilidades

[À Enfermeira Chefe pela sua revisão e ratificação.

Aos Enfermeiros responsáveis pelo Bloco Operatório do SANE e Procedimento a sua divulgação e implementação aos enfermeiros do SANE

A todos os enfermeiros que exercem funções no SANE a aplicação do questionário ]



## 6. Procedimento

- O BO do SANE funciona todas as terças-feiras com cirurgias programadas. O questionário será então aplicado às quartas-feiras no turno da Tarde;
- O enfermeiro destacado no serviço para essa função, contata os doentes cirúrgicos após as 24h (Anexo I), e os doentes do 7º dia após a cirurgia (Anexo II);
- As questões colocadas pelo enfermeiro estão estabelecidas no questionário e devem ser formuladas ao doente com imparcialidade e objetividade para não influenciar as respostas;
- Se surgir alguma complicação, o enfermeiro deve dar as orientações que julgue necessárias ao doente e registar no questionário em campo próprio.

## 7. Melhoria Contínua da Qualidade

Este procedimento será auditado nos meses de janeiro e julho, com o apoio de uma Checklist (Anexo III).

## 8. Anexos

[Anexo I – Questionário de Avaliação das 24h Após Cirurgia no SANE

Anexo II – Questionário de Avaliação do 7º Dia Pós Cirurgia no SANE.

Anexo III – Grelha de Auditoria do Questionário de Avaliação Após Cirurgia no SANE ]

Elaboração	Revisão	Ratificação
[Enf.ª S.T. Enfª Helena Balona]	[Enf.ª Chefe do SANE A.L. ]	Enfª Chefe do SANE A.L.

**Anexo I – Questionário de Avaliação das 24h Após Cirurgia no SANE**

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS 24H PÓS CIRURGIA NO SANE

- **IDENTIFICAÇÃO**

- **DATA DA CIRURGIA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VINHETA

- **ACESSO CONSTRUÍDO**

- FAV DISTAL ☐ MEMBRO SUP. DTO ☐
- FAV PROXIMAL ☐ MEMBRO SUP. ESQDO ☐
- PRÓTESE ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_
- OUTRO: \_\_\_\_\_

- **COMPLICAÇÕES IMEDIATAS**

- EDEMA ☐
- INFEÇÃO ☐
- PARESTESIAS ☐
- HEMORRAGIA ☐
- RECORRÊNCIA À URGÊNCIA

SIM ☐ NÃO ☐

- **VERIFICAÇÃO DO SOPRO DO ACESSO**

SIM ☐ NÃO ☐

- **DOR**

○ INTENSIDADE (O A 10): \_\_\_\_\_

○ ANALGESIA

SIM ☐ NÃO ☐

QUAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **CUIDADOS A TER – ENSINOS**

- MANTER O MEMBRO COM ACESSO ELEVADO E EM REPOUSO ☐
- MEMBRO COM ACESSO DEVERÁ SER MOBILIZADO SUAVEMENTE ☐
- NÃO MOLHAR NEM SUJAR O PENSO ☐
- MANTER O MEMBRO COM ACESSO EM EXTENSÃO AO DEAMBULAR ☐
- NÃO PEGAR EM PESOS NEM FAZER ESFORÇOS COM O MEMBRO COM ACESSO ☐
- NÃO USAR ROUPA APERTADA ☐
- EVITAR DORMIR PARA O LADO DO MEMBRO COM ACESSO ☐
- DÚVIDAS APRESENTADAS

SIM ☐ QUAIS:

\_\_\_\_\_

NÃO ☐

- **INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR**

- PRÓPRIO ☐
- FAMILIAR ☐ QUAL: \_\_\_\_\_
- PESSOA SIGNIFICATIVA ☐ QUEM: \_\_\_\_\_

- **ORIENTAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DADAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENFº RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Anexo II – Questionário de Avaliação do 7º Dia Pós Cirurgia no SANE**

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO 7º DIA PÓS CIRURGIA NO SANE

**• IDENTIFICAÇÃO****• DATA DA CIRURGIA**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VINHETA

**• ACESSO CONSTRUÍDO**➤ FAV DISTAL ☐➤ FAV PROXIMAL ☐➤ PRÓTESE ☐

\_\_\_\_\_

➤ OUTRO: \_\_\_\_\_

MEMBRO SUP. DTO ☐MEMBRO SUP. ESQDO ☐

OUTRO:

**• COMPLICAÇÕES**➤ EDEMA ☐➤ INFEÇÃO ☐➤ PARESTESIAS ☐➤ HEMORRAGIA ☐

➤ RECORRÊNCIA À URGÊNCIA

➤ **DOR**

➤ INTENSIDADE (O A 10): \_\_\_\_\_

➤ **ANALGESIA**SIM ☐ NÃO ☐

QUAL:

\_\_\_\_\_

SIM ☐ NÃO ☐

➤ VERIFICAÇÃO DO SOPRO DO ACESSO

SIM ☐ NÃO ☐

• **CUIDADOS A TER – ENSINOS**

➤ MANTER O MEMBRO COM ACESSO ELEVADO E EM REPOUSO ☐

➤ NÃO MOLHAR NEM SUJAR O PENSO ☐

➤ MANTER O MEMBRO COM ACESSO EM EXTENSÃO AO DEAMBULAR ☐

➤ NÃO PEGAR EM PESOS NEM FAZER ESFORÇOS COM O MEMBRO COM ACESSO ☐

➤ NÃO USAR ROUPA APERTADA ☐

➤ EVITAR DORMIR PARA O LADO DO MEMBRO COM ACESSO ☐

➤ FAZER REGULARMENTE EXERCÍCIO COM A MÃO PARA FORTALECER REDE VENOSA ☐

➤ DÚVIDAS APRESENTADAS

SIM ☐ QUAIS:

---

---

---

NÃO ☐

• **PENSO**

➤ CENTRO DE SAÚDE ☐

➤ CLÍNICA DE HEMODIÁLISE ☐

➤ HOSPITAL ☐

➤ DATA DA ÚLTIMA REALIZAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• **INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR**

➤ PRÓPRIO ☐

➤ FAMILIAR ☐ QUAL:

\_\_\_\_\_

➤ PESSOA SIGNIFICATIVA ☐ QUEM:

\_\_\_\_\_

- **ORIENTAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DADAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENFº RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Anexo III – Grelha de Auditoria do Questionário de Avaliação Após Cirurgia no SANE

Grelha de Auditoria			
Questionário de Avaliação após Cirurgia no SANE			
Serviço	Data:	Responsável do Serviço	Auditores

N.º de doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de ...

CrITÉRIOS	T	P	NC	NA	Observações
1) Está identificado qual o acesso construído ao doente?					
2) Estão registados quais as complicações imediatas após a cirurgia?					
3) Está registada a intensidade da dor descrita pelo doente?					
4) Conforme intensidade da dor está registada a analgesia que o doente tomou?					
5) Estão validados os ensinamentos feitos ao doente?					
6) Estão registadas as dúvidas do doente?					
7) Está identificada a pessoa que respondeu ao questionário?					
8) No caso do questionário do 7º dia está sinalizado onde foi realizado penso?					
9) No caso do questionário do 7º dia está indicada a data da última realização do penso?					
10) Estão descritas as recomendações/orientações dadas ao doente?					
<b>Totais</b>					

**Legenda:**

**T** – Total

**P** – Parcial

**NC** – Não Conformidade

**NA** – Não Aplicável ]